

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法)認定に係る診断書(新規)

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)																														
	男・女	明昭 大平	年	月	日生 (満歳)																												
住所																																	
診断年月	昭和・平成・令和 年 月	前医 (あれば 記載する)	医療機関名 医師名																														
診断	該当する番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる) ⇒ 助成対象となりません。																																
過去の治療歴	該当する番号を○で囲み、□にチェックをする。 1. インターフェロン治療歴なし 2. インターフェロン治療歴あり 【これまでの治療内容】※()内で、該当項目を○で囲む。 <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 3. インターフェロンフリー治療歴あり(薬剤名:) 【以下に該当する場合、□にチェック】 <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。																																
検査所見	1. ウイルスマーカー C型肝炎ウイルスマーカー【検査日: 年 月 日】 (1) HCV-RNA定量 (測定値: 単位: 測定法:) (2) ウイルス型 (該当する番号に○をする) 1. セロタイプ(グループ)1 (I a, I b) 2. セロタイプ(グループ)2 (II a, II b)																																
インターフェロン 治療開始前の 所見を記入	2. 血液検査 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">【1回目: 年 月 日】</th> <th colspan="2">【2回目: 年 月 日】</th> </tr> <tr> <th>検査結果</th> <th>施設の基準値</th> <th>検査結果</th> <th>施設の基準値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T.Bil: _____ mg/dl (~)</td> <td></td> <td>T.Bil: _____ mg/dl (~)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AST: _____ IU/l (~)</td> <td></td> <td>AST: _____ IU/l (~)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALT: _____ IU/l (~)</td> <td></td> <td>ALT: _____ IU/l (~)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン: _____ g/dl (~)</td> <td></td> <td>ヘモグロビン: _____ g/dl (~)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数: _____ /μl (~)</td> <td></td> <td>血小板数: _____ /μl (~)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 3. 画像診断及び肝生検などの所見【検査日: 年 月 日】 (所見)					【1回目: 年 月 日】		【2回目: 年 月 日】		検査結果	施設の基準値	検査結果	施設の基準値	T.Bil: _____ mg/dl (~)		T.Bil: _____ mg/dl (~)		AST: _____ IU/l (~)		AST: _____ IU/l (~)		ALT: _____ IU/l (~)		ALT: _____ IU/l (~)		ヘモグロビン: _____ g/dl (~)		ヘモグロビン: _____ g/dl (~)		血小板数: _____ /μl (~)		血小板数: _____ /μl (~)	
【1回目: 年 月 日】		【2回目: 年 月 日】																															
検査結果	施設の基準値	検査結果	施設の基準値																														
T.Bil: _____ mg/dl (~)		T.Bil: _____ mg/dl (~)																															
AST: _____ IU/l (~)		AST: _____ IU/l (~)																															
ALT: _____ IU/l (~)		ALT: _____ IU/l (~)																															
ヘモグロビン: _____ g/dl (~)		ヘモグロビン: _____ g/dl (~)																															
血小板数: _____ /μl (~)		血小板数: _____ /μl (~)																															
肝がんの合併	1. あり (治療中・治癒後) 2. なし																																
治療内容	ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:)3剤併用療法 治療予定期間 24週 治療開始予定年月 年 月 (備考:)																																
治療上の 問題点																																	
記載年月日 令和 年 月 日																																	
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合は次にチェックが必要) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療診断書作成医師認定研修会受講済 医療機関名および所在地 医師氏名 印																																	

(注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 治療開始予定年月について、特記事項等は備考欄にご記入ください。
 4. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
 5. 本診断書は治療実施医療機関が発行してください。