様式第２－７号（第３関係）

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 性別 | 生年月日（年齢） |
|  | 男・女 | 　　年　　　月　　　日生（満　　　歳） |
| 患者住所 | 〒　　　　－　　　　電話番号　（　　　　）　 |
| 診断年月 | 年　　　月 | （あれば記載する。) | 医療機関名医師名 |
| 過去の治療歴 | 該当する項目にチェックする。（チェックした場合，これまでの治療内容について該当項目を〇で囲む。）1　インターフェロン治療歴□　インターフェロン治療歴ありア．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）イ．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（中止・再燃・無効）ウ．上記以外の治療（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（中止・再燃・無効）2　インターフェロンフリー治療歴□　インターフェロンフリー治療歴あり（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　）（中止・再燃・無効） |
| 検査所見 | 今回の治療開始前の所見を記入する。1　C型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）（該当する項目を○で囲む。）(1)HCV－RNA定量 　　 LogIU/ｍL（TaqMan・AccuGene）(2)ウイルス型　セログループ1・セログループ2・その他（　　　　　　　　）又は　ジェノタイプ（あれば記載する。）1b・2a・2b・その他（　　　　　　　　）2 血液検査（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）AST　　　　　　　　IU／L　　　　　　白血球数　　　　　　　　　　／mm3ALT　　　　　　　　IU／L　　　　　　ヘモグロビン濃度　　　　　　ｇ／dL血小板数　 　　　　×10４／mm3　　　　eGFR　　　　　　 　　　　　mL／分／1.73ｍ2その他の血液検査所見（必要に応じて記載）3 Child-Pugh分類（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）（該当する項目にチェックを入れる。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 結果 | 1点 | 2点 | 3点 |
| 肝性脳症 |  | □ なし | □ 軽度（Ⅰ・Ⅱ） | □ 昏睡（Ⅲ以上） |
| 腹水 |  | □ なし | □ 軽度 | □ 中等度以上 |
| アルブミン値（g/dL） |  | □ 3.5＜ | □ 2.8～3.5 | □ ＜2.8 |
| プロトロンビン時間（％） |  | □ 70＜ | □ 40～70 | □ ＜40 |
| 総ビリルビン値（mg/dL） |  | □ ＜2.0 | □ 2.0～3.0 | □ 3.0＜ |

合計：　　　　　　点（ A ・ B ・ C ）（該当する項目を○で囲む。）4 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）所見： |
| 診　　断 | （該当する番号を○で囲む。）1 非代償性肝硬変　（C型肝炎ウイルスによる）※Child-Pugh分類B及びCに限る。 |
| 本診断書作成時における肝がんの有無 |  １　有り　２　無し |
| 治療内容 | インターフェロンフリ－治療（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）治療予定期間　　　　　週　（　　　　　　年　　　月　～　　　　　　年　　　月） |
| 本診断書を作成する医師 | インターフェロンフリー治療歴のある場合，以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。□ 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医□ 他の日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医で，別紙意見書を添付している医師 |
| 治療上の問題点等 |  |
| 上記のとおり，非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。医療機関名及び所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載年月日　　　　　　年　　　月　　　日専門医　氏名 |

※１　診断書は，記載日から起算して３か月以内のものが有効となること。

　２　記載日前６か月以内（ただし，インターフェロンフリー治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載すること。

　３　肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の肝臓専門医の診断書にあっては，当該医療機関で治療する患者についてのみ作成すること。

　４　記入漏れのある場合は，認定できないことがあるので，注意すること。