様式第２－１号（第３関係）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（新規）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 依頼医  （あれば記  載する。) | | | 医療機関名  医師名 | | |
| 過去の治療歴 | C型肝炎ウイルスに関する治療の場合，該当する項目にチェックする。  1 ３剤併用療法（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）の治療歴  □３剤併用療法の治療歴なし。  □３剤併用療法を受けたことがあるが，十分量の２４週投与が行われなかった。  具体的な経過・理由：  2 インターフェロンフリー治療歴  □なし　□あり（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □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 | ・今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。  ・１，２については，治療対象のウイルス性肝炎の番号を〇で囲み必要事項を記入する。  1 B型肝炎ウイルスマーカー（該当する方を○で囲む。）   1. HBs抗原（+ ・－）　（検査日：　　　　　年　　　月　　　日） 2. HBe抗原（+ ・－）HBe抗体（+ ・－）　（検査日：　　　　　年　　　月　　　日） 3. HBV－DNA定量　　　　LogIU/ｍL（TaqMan・AccuGene）（検査日：　　　　　年　　月　　　日）   2 C型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）（該当する方を○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   　　　　　　又は　ジェノタイプ（あれば記載する。）1b・2a・2b・その他（　　　　　）  3 血液検査（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）  　　　AST　　　　　　　　IU／L　　　　　白血球数　　　　　　　　　／mm3  　　　ALT　　　　　　　　IU／L　　　　　ヘモグロビン濃度　　　　　ｇ／dL  　　　血小板数　 　　　　×10４／mm3  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 慢性肝炎　　　（B型肝炎ウイルスによる）  2 慢性肝炎　　　（C型肝炎ウイルスによる）  3 代償性肝硬変　（C型肝炎ウイルスによる） | | | | | | |
| 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 | （該当する番号を○で囲む。）  1インターフェロンα製剤単独　　　　　　　　4ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤  2インターフェロンβ製剤単独　　　　　　　　5インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤  3ペグインターフェロン製剤単独　　　　　　　6その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　）  治療予定期間　　　　　　週　（　　　　年　　　月　～　　　　　年　　　月） | | | | | | |
| 投与状況 | （該当する番号を○で囲む。）  1　初回　　　2　再投与 | | | 治療上の問題点等 | |  | |
| 医療機関名及び所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　記載年月日　　　　　　年　　　月　　　日  □ 日本肝臓学会肝臓専門医　□ 日本消化器病学会専門医　　　　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　HBs抗原，HBe抗原，HBe抗体以外の検査所見は，記載日前６か月以内（ただし，インターフェロン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記載すること。

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。