様式第２－３号（第３関係）

肝炎治療受給者証（Ｂ型慢性活動性肝炎に対する３回目のインターフェロン治療）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 | 診断医（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。□これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く。）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。 |
| 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 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 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　　　　　　　　 /μL３ 画像診断及び肝生検等の所見（検査日：　　　　年　　　月　　　日）所見： |
| 診断 | 該当する項目にチェックする。□慢性肝炎（B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 | 該当する項目を○で囲む。１ ペグインターフェロン製剤単独２ その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　）治療予定期間　　　　　　週（　　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月） |
| 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　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。