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／mm34 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。