様式第２－６号（第３関係）

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書（再治療）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 該当する項目にチェックする。  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   （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。）  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（中止・再燃・無効）  具体的に記載：    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）（該当するものを○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　　　　　　　　　／mm3  　　　ALT　　　　　　　　IU／L　　　　　ヘモグロビン濃度　　　　　g／dL  　　　血小板数　 　　　　×10４／mm3　　 eGFR　　　　　　 　　　　mL／分／1.73ｍ2  3 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：  4 （肝硬変症の場合）Child-Pugh分類　　A・B・C（該当するものを○で囲む。） | | | |
| 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）※Child-Pugh分類A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の再治療の場合、次のいずれかの項目にチェックがない場合は対象となりません。  □　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、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。  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