

## 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(新規)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)
住所	郵便番号 住 所 電話番号 ( )		
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> 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○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、リバビリンおよ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: )		
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) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: 、測定法 _____ ) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____ ) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____ ) 血小板 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____ ) eGFR ( _____ )(mL/min/1.73m <sup>2</sup> ) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: _____ ) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)		
診断	該当番号を○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		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
治療内容	インターフェロンフリー治療 ( 薬剤名 : _____ ) 治療予定期間 _____ 週 ( 年 月 ~ 年 月 )		
治療上の問題点			
記載年月日 年 月 日			
医療機関名及び所在地			
(チェックが必要)			
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療実績のある医師 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療実績のある医師			
医師氏名			

## (注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。