

## 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)

|              |   |   |                          |
|--------------|---|---|--------------------------|
| フリガナ<br>患者氏名 |   | 性別<br>男・女   | 生年月日(年齢)<br>年 月 日生 (満 歳) |
| 住所           | 郵便番号<br>電話番号 ( )  |   |                          |
| 診断年月         | 年 月   | 前医<br>(あれば記載)   | 医療機関名<br>医師名             |
| 過去の治療歴       | C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。<br><input type="checkbox"/> 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。<br>(具体的な経過・理由: )<br><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴<br><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療あり。(薬剤名: )<br><input type="checkbox"/> 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         | 今回の治療開始前の所見を記入する。<br>1. B型肝炎ウイルスマーカー<br>(1) HBs抗原 (+/-) (検査日: 年 月 日)<br>(2) HBe抗原 (+/-) HBe抗体 (+/-) (検査日: 年 月 日)<br>(3) HBV-DNA定量 _____ (単位: 、測定法 ) (検査日: 年 月 日)<br>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)<br>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: 、測定法 )<br>(2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。)<br>ア)セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1<br>イ)セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2<br>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)<br>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>血小板数 _____ / $\mu$ l (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>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)<br>(所見: ) |   |                          |
| 診断           | 該当番号を○で囲む。<br>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)<br>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)<br>3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)   |   |                          |
| 肝がんの合併       | 肝がん 1. あり 2. なし   |   |                          |
| 治療内容         | 該当番号を○で囲む。<br>1. インターフェロン $\alpha$ 製剤単独<br>2. インターフェロン $\beta$ 製剤単独<br>3. ペグインターフェロン製剤単独<br>4. インターフェロン $\alpha$ 製剤+リバビリン製剤<br>5. インターフェロン $\beta$ 製剤+リバビリン製剤<br>6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤<br>7. その他(具体的に記載: )<br>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   | この診断書の記載には、次のいずれかに該当する必要があります。<br>該当する欄にチェックを入れてください。<br><input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である。【専門医番号 _____】<br><input type="checkbox"/> 香川県が指定する研修の修了者である。【修了証番号 _____】<br><b>※ ただし、直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合、肝臓専門医でない場合はこちらにチェックが必要です。</b><br><input type="checkbox"/> 一般財団法人日本消化器病学会専門医である。<br>※ インターフェロン治療の経験の有無( <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし)<br>【専門医番号 _____】<br><input type="checkbox"/> 上記以外で県外の医療機関に在籍する医師であり、当該医療機関所在地の都道府県における診断書記載医師の要件を具備している者である。 |                          |
| 医療機関名および所在地  |   |   |                          |
| 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. 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。