

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)																										
			男・女	明昭 大平	年 月 日生 (満 歳)																									
住 所																														
診断年月	昭和・平成・令和 年 月	前医 (あれば 記載する)	医療機関名 医師名																											
過去の治療歴	<b>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。</b> 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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <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。 (具体的な経過・理由 ) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: ) <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。																													
診 断	該当する番号を○で囲む <b>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)</b> <b>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</b> <b>3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</b>																													
検査所見	1. ウイルスマーカー <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <b>B型肝炎ウイルスマーカー【検査日: 年 月 日】</b>            (1) HBs抗原 (該当する方を○で囲む) ..... HBs抗原( + ・ - )            (2) HBe抗原 (該当する方を○で囲む) ..... HBe抗原( + ・ - )                  HBe抗体 (該当する方を○で囲む) ..... HBe抗体( + ・ - )            (3) HBV-DNA定量 (測定値: 単位: 測定法: )         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <b>C型肝炎ウイルスマーカー【検査日: 年 月 日】</b>            (1) HCV-RNA定量 (測定値: 単位: 測定法: )            (2) ウイルス型 (該当する番号に○をする)                1. セロタイプ(グループ)1 (I a、I b)                2. セロタイプ(グループ)2 (II a、II b)         </div> 2. 血液検査 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">【1回目: 年 月 日】</th> <th colspan="2">【2回目: 年 月 日】</th> </tr> <tr> <th>検査結果</th> <th>施設の基準値</th> <th>検査結果</th> <th>施設の基準値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T.Bil: _____ mg/dl ( ~ )</td> <td></td> <td>T.Bil: _____ mg/dl ( ~ )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AST: _____ IU/l ( ~ )</td> <td></td> <td>AST: _____ IU/l ( ~ )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALT: _____ IU/l ( ~ )</td> <td></td> <td>ALT: _____ IU/l ( ~ )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数: _____ /μl ( ~ )</td> <td></td> <td>血小板数: _____ /μl ( ~ )</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 3. 画像診断および肝生検などの所見(具体的に記載)【検査日: 年 月 日】 (所見) 4. 過去のインターフェロン治療歴 (1) あり ( 期間: ) (2) なし						【1回目: 年 月 日】		【2回目: 年 月 日】		検査結果	施設の基準値	検査結果	施設の基準値	T.Bil: _____ mg/dl ( ~ )		T.Bil: _____ mg/dl ( ~ )		AST: _____ IU/l ( ~ )		AST: _____ IU/l ( ~ )		ALT: _____ IU/l ( ~ )		ALT: _____ IU/l ( ~ )		血小板数: _____ /μl ( ~ )		血小板数: _____ /μl ( ~ )	
【1回目: 年 月 日】		【2回目: 年 月 日】																												
検査結果	施設の基準値	検査結果	施設の基準値																											
T.Bil: _____ mg/dl ( ~ )		T.Bil: _____ mg/dl ( ~ )																												
AST: _____ IU/l ( ~ )		AST: _____ IU/l ( ~ )																												
ALT: _____ IU/l ( ~ )		ALT: _____ IU/l ( ~ )																												
血小板数: _____ /μl ( ~ )		血小板数: _____ /μl ( ~ )																												
肝がんの合併	<b>1. あり ( 治療中 ・ 治療後 )</b> <b>2. なし</b>																													
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      5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 2. インターフェロンβ製剤単独      6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 3. ペグインターフェロン製剤単独      7. その他 ※具体的に記載 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 治療予定期間 _____ 週 治療開始予定年月 _____ 年 月 (備考: )																													
治療上の 問題点																														
記載年月日 令和 年 月 日																														
(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は次にチェックが必要)																														
<input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療診断書作成医師認定研修会受講済																														
医療機関名および所在地																														
医師氏名				印																										

(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. 治療開始予定年月について、特記事項等は備考欄にご記入ください。  
 4. 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。