

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)		
	男	女	明昭	年	月
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		
診断 及び 過去の治療歴	<p>該当する番号を○で囲み、 □ にチェックをする。</p> <p>1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) □ これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>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) (1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴 □ 以下の①、②のいずれにも該当しない ① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース ② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース (2) 過去の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: ) (3) 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: ) □ 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。</p>				
検査所見	<p>1. ウイルスマーカー</p> <p>B型肝炎ウイルスマーカー【検査日: 年 月 日】  (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: )</p> <p>C型肝炎ウイルスマーカー【検査日: 年 月 日】  (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)</p> <p>2. 血液検査  【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 ( ~ )</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見【検査日: 年 月 日】 (所見)</p> <p>4. 過去のインターフェロン治療歴 (1) あり (期間: ) (2) なし</p>				
肝がんの合併	1. あり (治療中・治療後) 2. なし				
治療内容	<p>該当する番号を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他 ※具体的に記載</p> <p>治療予定期間 週 治療開始予定年月 年 月 (備考: )</p>				
治療上の 問題点					
<p>(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)  □ 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</p> <p style="text-align: right;">記載年月日 令和 年 月 日</p>					

(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。