

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)認定に係る診断書(新規)

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 (満 歳)	日生																							
住所																													
診断年月	昭和・平成・令和	前医 (あれば 記載する)	医療機関名																										
	年 月		医師名																										
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																												
過去の治療歴	該当する番号を○で囲み、口にチェックをする。 1. インターフェロン治療歴あり 【これまでの治療内容】※( )で、該当項目を○で囲む。 <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン及びリビリン併用療法( 中止・再燃・無効 ) <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン、リ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 ) <input type="checkbox"/> 上記以外の治療 (具体的に記載 : ) 2. インターフェロン治療歴なし																												
検査所見	1. ウイルスマーカー 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) 3. 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: )																												
	インターフェロンフリー治療開始前の所見を記入 2. 血液検査 <table border="1"> <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: _____ /<math>\mu</math>l ( ~ )</td> <td></td> <td>血小板数: _____ /<math>\mu</math>l ( ~ )</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 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 ポイント合計 点 ※7点以上は認められません。						【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: _____ / $\mu$ l ( ~ )		血小板数: _____ / $\mu$ l ( ~ )
【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: _____ / $\mu$ l ( ~ )		血小板数: _____ / $\mu$ l ( ~ )																											
肝がんの合併	1. あり ( 治療中 ・ 治癒後 )			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 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																													
<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. 記載日前6か月以内(ただし、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。