

## 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(2回目の制度利用)

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |             |               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|---------------|--|
| フリガナ<br>患者氏名                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | 性別          | 生年月日(年齢)      |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | 男・女         | 年 月 日 生 (満 歳) |  |
| 住所                                                                                  | 郵便番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |             |               |  |
|                                                                                     | 電話番号 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |             |               |  |
| 診断年月                                                                                | 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 前医<br>(あれば記載) | 医療機関名       | 医師名           |  |
| 過去の治療歴                                                                              | <p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><input type="checkbox"/> 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. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(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</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>(2) 過去の3剤併用療法の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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。</p> <p>(具体的な経過・理由: )</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: )</p> <p><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。</p> |               |             |               |  |
| 検査所見                                                                                | <p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs抗原 (＋・－) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原 (＋・－) HBe抗体 (＋・－) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法 ) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法 )</p> <p>(2) ウイルス型 (該当する方を○で囲む。)</p> <p>ア セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)</p>                                                                                                                         |               |             |               |  |
| 診断                                                                                  | <p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |             |               |  |
| 肝がんの合併                                                                              | 肝がん 1. あり 2. なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |             |               |  |
| 治療内容                                                                                | <p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独</p> <p>2. インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4. インターフェロンα製剤＋リバビリン製剤</p> <p>5. インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤</p> <p>6. ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤</p> <p>7. その他(具体的に記載: )</p> <p>治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月 )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |             |               |  |
| 治療上の問題点                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |             |               |  |
| 医療機関名及び所在地                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | 記載年月日 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いずれかにチェックが必要)                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |             |               |  |
| <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会の専門医で県が指定する医師 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |             |               |  |
| 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. 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。