

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）の交付申請に係る診断書

| | | | | | |
|------------|--|------------------|----------------|-------------|--|
| フリガナ | | | 性別 | 生年月日（年齢） | |
| 患者氏名 | | | 男・女 | 年 月 日 （満 歳） | |
| 住 所 | 郵便番号 電話番号 （ ） | | | | |
| 診 断 年 月 | 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 | <p>該当する項目を○で囲む</p> <p>1. インターフェロン治療歴（ あり ・ なし ） （「あり」の場合）これまでの治療内容（該当項目を○で囲む） ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用治療（中止・再燃・無効） イ. ペグインターフェロン、リバ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） ウ. 上記以外の治療 （具体的に記載： ）</p> <p>2. インターフェロンフリー治療歴（ あり ・ なし ） （薬剤名： ）（中止・再燃・無効）</p> | | | | |
| 検 査 所 見 | <p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日） （1）HCV-RNA定量 _____ LogIU/ml ・ KIU/ml ・ その他（ ） ※該当するものを○で囲む （測定法：リアルタイムPCR法、その他（ ）） （2）ウイルス型（該当する項目を○で囲む。） ア. セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ1 イ. セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ2 ウ. 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： ）</p> <p>2. 血液検査（検査日： 年 月 日） AST _____ IU/l （施設の基準値： ～ ） ALT _____ IU/l （施設の基準値： ～ ） 血小板数 _____ /μl （施設の基準値： ～ ） その他の血液検査所見（必要に応じて記載） []</p> <p>3. 画像診断および肝生検などの所見（血液検査の結果が基準値の範囲内の場合は必ず記載） （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（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 Child-Pugh 分類 A ・ B ・ C （該当する方を○で囲む）</p> | | | | |
| 肝 がん の 併 合 | <p>肝がん</p> <p>1. あり（治療中） 2. あり（治療終了） 3. なし</p> <p>※2. あり（治療終了）には、肝がん治療後の者のみ○をつけてください</p> | | | | |

