

(様式第2号-5)

肝炎治療受給者証(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3剤併用療法)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
患者氏名		男 女	年 月 日生(満 歳)	
住 所	(〒 -) 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	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療 ☐ インターフェロン治療歴なし。 ☐ インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。) ア. ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法(中止・再燃・無効) イ. 上記以外の治療(具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 2. インターフェロンフリー治療 ☐ 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。			
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1 C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA 定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方を○で囲む。) セロタイプ(グループ)1、ジェノタイプ1・セロタイプ(グループ)2、ジェノタイプ2 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: ~) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~) 血小板数 /μl (施設の基準値: ~) 3 画像診断および肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (検査方法:) (所見:)			
診 断	該当番号を○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)			
肝がんの 合 併	該当番号を○で囲む。 1 あり(治療中) 2 あり(治癒後) 3 なし			
治療内容	ペグインターフェロン、リバビリンおよび(薬剤名:) 3剤併用療法 治療予定期間 24週(年 月から 年 月まで)			
治療上の 問 題 点				
医療機関名および所在地		記載年月日 年 月 日 TEL - -		
医師氏名 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はどちらかにチェックが必要) ☐ 肝臓専門医 ☐ 《肝疾患に関する専門医療機関で肝炎の診療に当たっている医師》				

- 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、3剤併用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りますので、御注意ください。
4 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。