

(様式第2号-7)

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（新規・再治療）

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	該当する場合、項目にチェックする。 ☐ 1. インターフェロン治療歴あり。 (1. にチェックした場合) 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およびリビリン併用療法（中止・再燃・無効） イ. 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：_____） の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：_____) ☐ 2. インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：_____）（中止・再燃・無効）			
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：_____～_____） 血小板数 _____ / μ l（施設の基準値：_____～_____） その他の血液検査など所見（必要に応じて記載） [_____] 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：_____) 4(肝硬変症の場合)Child-Pugh _____点 分類 A・B・C（該当する方を○で囲む。）			
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）※Child-Pugh 分類 Aに限る。			
肝がんの 合 併	該当番号を○で囲む。 1 あり（治療後） 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（_____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				
(いずれかにチェックが必要) ☐ 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する肝臓専門医 ☐ 他の肝臓専門医 ☐ 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、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。