

(様式第2-7号)

肝炎治療受給者証(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)

フリガナ				性別	生年月日(年齢)		
患者氏名				男・女	明昭 大平	年 月 日生	(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()						
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (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. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 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及びリバビリン併用療法 (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 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。</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: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型(該当番号を○で囲む) ①セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 ②セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 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: _____) (3) 耐性変異の有無 (有・無・未実施)</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) 血小板 _____ /ul (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見: _____)</p> <p>4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)</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</p>						
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし						
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療</p> <p>(薬剤名: _____)</p> <p>治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>						
治療上の問題点							
記載年月日 平成 年 月 日							
医療機関名及び所在地							
(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"/> 日本消化器病学会専門医 <input type="checkbox"/> 診断書作成医師届を提出した医師							
医師氏名 _____ 印							
県記入欄	認定審査欄				自己負担 限度額	甲 乙	
	適	否	適	否			

(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るので、ご注意ください。