

(様式第2-5号)

インターフェロン用
(3剤併用療法)(新規)

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及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 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 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</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。</p> <p>(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)</p> <p>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)</p> <p>イ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効)</p> <p>2. 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"/> 直近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)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法)</p> <p>(2) ウイルス型(該当番号を○で囲む)</p> <p>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</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 平成 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>ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>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)</p> <p>(所見:)</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)</p> <p>2. 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>ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤(薬品名:)3剤併用療法</p> <p>治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>					
治療実施医療機関について	<p>テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。</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						
(直近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、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るので、ご注意ください。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。