

3剤を除くインターフェロン用(2回目)

(様式第2-2号)

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請にかかる診断書(2回目の制度利用)

| | | | |
|--|---|---------------|--------------|
| 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(満 歳) |
| 住 所 | 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. B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けた。</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(1)過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>①これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース</p> <p>②これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース</p> <p>(2)過去の3剤併用療法(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)の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。</p> <p>(具体的な経過・理由:)</p> <p>(3)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>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs抗原(+-) (検査日:平成 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日:平成 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法) (検査日:平成 年 月 日)</p> <p>2. 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>3. 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>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (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 (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2.慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3.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>該当番号を○で囲む(B型慢性活動性肝炎の場合は、3のみが対象)。</p> <p>1.インターフェロンα製剤単独</p> <p>2.インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3.ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4.インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>5.インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤</p> <p>6.ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7.その他(具体的に記載してください。)</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 | | | |
| 医療機関名及び所在地 | 記載年月日 平成 年 月 日 | | |
| (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 |
| | 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. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン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。