

(様式第2-5号)

インターフェロン用
(3剤併用療法)

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル)
の3剤併用療法の
の交付申請にかかる診断書

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>該当番号を○で囲む。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 治療歴なし(初回治療例)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 治療歴があるが、これまでに3剤併用療法を受けていない。</p> <p>(2. にチェックした場合)前回の治療内容</p> <p>ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用治療で再燃</p> <p>イ. ペグインターフェロン及びリバビリン併用治療で無効</p> <p>ウ. 上記以外の治療</p> <p>(具体的に記載:)</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 ②セロタイプ(グループ)2 ③判定不能 ④判定保留</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>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3.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 (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	ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~平成 年 月)					
治療実施医療機関について	(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。)					
	<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。 <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。					
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		
医師氏名				Ⓜ		
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(副作用治療は除く。)