

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 ( )																						
保険種別等	保険の種別 ( 政 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 後 ) 介護保険制度での認定 ( 有 ・ 無 )																						
診断年月	昭和・平成 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	<input type="checkbox"/> これまでの治療において十分量の3剤併用療法 (ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル) による24週投与を受けていない。																						
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                  (1) HBs抗原 ( +・- ) (検査日:平成 年 月 日)                  (2) HBe抗原 ( +・- ) HBe抗体 ( +・- ) (検査日:平成 年 月 日)                  (3) <u>HBV-DNA定量</u> (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)                  (1) <u>HCV-RNA定量</u> (単位: 、測定法: )                  (2) ウイルス型 セロタイプ (グループ) 1・セロタイプ (グループ) 2 (該当する方を○で囲む)</p> <p>3. 血液検査 (検査日:平成 年 月 日)  <table border="0"> <tr> <td>AST (GOT)</td> <td>IU/l</td> <td>アルブミン値</td> <td>・</td> </tr> <tr> <td>ALT (GPT)</td> <td>IU/l</td> <td>総ビリルビン値</td> <td>・</td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td>/<math>\mu</math>l</td> <td>クレアチニン</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td>/<math>\mu</math>l</td> <td>HbA1c</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </p> <p>4. 画像診断の所見 (具体的に記載) (検査日:平成 年 月 日) (所見)</p> <p>5. 肝生検の所見 (行った場合に具体的に記載する) (検査日:平成 年 月 日) (所見)</p>			AST (GOT)	IU/l	アルブミン値	・	ALT (GPT)	IU/l	総ビリルビン値	・	血小板数	/ $\mu$ l	クレアチニン	mg/dl	白血球数	/ $\mu$ l	HbA1c	%	ヘモグロビン	g/dl		
AST (GOT)	IU/l	アルブミン値	・																				
ALT (GPT)	IU/l	総ビリルビン値	・																				
血小板数	/ $\mu$ l	クレアチニン	mg/dl																				
白血球数	/ $\mu$ l	HbA1c	%																				
ヘモグロビン	g/dl																						
診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)																						
肝がんの合併	肝がん 1. 有 2. 無																						
合併症	1. うつ症状の有無 ( 1. 有 2. 無 ) 2. アルコール依存症で治療歴がある ( 1. 有 2. 無 ) 3. その他の合併症 ( 1. 有 2. 無 ) 有の場合はその疾病名: ( ) 4. 自己免疫性疾患の有無 ( 1. 有 2. 無 )																						
治療内容	現在又は今後必要とする治療について該当する番号を○で囲む。 1. インターフェロン $\alpha$ 製剤単独 2. インターフェロン $\beta$ 製剤単独 (代償性肝硬変の場合) 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロン $\alpha$ 製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロン $\beta$ 製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他 (具体的に記載してください。: ) 治療予定期間 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月 )																						
既往歴																							
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	印																						

(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。

肝炎治療受給者証 (核酸アナログ製剤治療) 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 ( )		
保険種別等	保険の種別 ( 政 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 後 ) 介護保険制度での認定 ( 有 ・ 無 )		
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし		
検査所見	1. B型肝炎ウイルス マーカー  (1) HBe抗原 HBe抗体  (2) HBV-DNA定量  2. 血液検査    3. 画像診断及び肝 生検査などの所見 (具体的に記載)	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (確認できる範囲内で記載する。) (検査日：平成 年 月 日)  (+・-) ( +・-) )  ____ (単位： 、測定法 ) (検査日：平成 年 月 日)  AST _____ IU / l ALT _____ IU / l 血小板数 _____ / μ l  (検査日：平成 年 月 日) (所見)	直近のデータ (検査日：平成 年 月 日)  (+・-) ( +・-) )  ____ (単位： 、測定法 ) (検査日：平成 年 月 日)  AST _____ IU / l ALT _____ IU / l 血小板数 _____ / μ l  (検査日：平成 年 月 日) (所見)
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)		
治療内容	現在又は今後必要とする治療について該当する番号を○で囲む。 1. エンテカビル単独 2. ラミブジン単独 3. アデホビル単独 4. ラミブジン+アデホビル 5. その他 (具体的に記載してください。 : )  治療開始日 (予定を含む) 平成 年 月		
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	印		

(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、核酸アナログ製剤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。

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) の交付申請に係る診断書 (2回目の制度利用)

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 ( )																								
保険種別等	保険の種別 (政・組・船・共・国・後) 介護保険制度での認定 (有・無)																								
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記 載する)	医療機関名 医師名																						
前回の治療	<p>*該当する場合、<input type="checkbox"/> (チェックボックス) にチェックしてください。</p> <p>(1) B型慢性活動性肝炎の場合 <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 <input type="checkbox"/> これまでの治療において十分量の3剤併用療法 (ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル) による24週投与を受けていない。</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。 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 ② これまでの治療において、ペグインターフェロンおよ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>																								
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 (1) HBs抗原 ( +・- ) (検査日:平成 年 月 日) (2) HBe抗原 ( +・- ) HBe抗体 ( +・- ) (検査日:平成 年 月 日) (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) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 セロタイプ (グループ) 1・ _____ セロタイプ (グループ) 2 (該当する方を○で囲む)</p> <p>3. 血液検査 (検査日:平成 年 月 日)</p> <table border="0" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">AST (GOT)</td> <td style="width:33%;">IU/l</td> <td style="width:33%;">アルブミン値</td> <td style="width:33%;">・</td> </tr> <tr> <td>ALT (GPT)</td> <td>IU/l</td> <td>総ビリルビン値</td> <td>・</td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td>/μl</td> <td>クレアチニン</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td>/μl</td> <td>HbA1C</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>4. 画像診断の所見 (検査日:平成 年 月 日)</p> <p>5. 肝生検の所見 (行った場合に記載する) (検査日:平成 年 月 日)</p>					AST (GOT)	IU/l	アルブミン値	・	ALT (GPT)	IU/l	総ビリルビン値	・	血小板数	/μl	クレアチニン	mg/dl	白血球数	/μl	HbA1C	%	ヘモグロビン	g/dl		
AST (GOT)	IU/l	アルブミン値	・																						
ALT (GPT)	IU/l	総ビリルビン値	・																						
血小板数	/μl	クレアチニン	mg/dl																						
白血球数	/μl	HbA1C	%																						
ヘモグロビン	g/dl																								
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. 有 2. 無																								
合併症	<p>1. うつ症状の有無 ( 1. 有 2. 無 )</p> <p>2. アルコール依存症で治療歴がある ( 1. 有 2. 無 )</p> <p>3. その他の合併症 ( 1. 有 2. 無 ) 有の場合はその疾病名: ( )</p> <p>4. 自己免疫性疾患の有無 ( 1. 有 2. 無 )</p>																								
治療内容	<p>現在又は今後必要とする治療について該当する番号を○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 2. インターフェロンβ製剤単独 (代償性肝硬変の場合)</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独 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 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>																								
既往歴																									
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	印																								

(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。

肝炎治療受給者証 (核酸アナログ製剤治療) の交付申請に係る診断書 (更新)

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 ( )		
保険種別等	保険の種別 ( 政 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 後 ) 介護保険制度での認定 ( 有 ・ 無 )		
検査所見	1. B型肝炎ウイルス マーカー  (1) HBe抗原 HBe抗体  (2) HBV-DNA定量  2. 血液検査  3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)	更新時直近データ (検査日:平成 年 月 日) (+・-) (+・-) _____ (単位: _____、測定法 _____) (検査日:平成 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ / $\mu$ l (検査日:平成 年 月 日)	
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)		
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. エンテカビル単独 2. ラミブジン単独 3. アデホビル単独 4. ラミブジン+アデホビル 5. その他 (具体的に記載してください。 : _____ )		
治療薬剤の 変更	該当番号を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. 有 2. 無 1. 有に○の場合 変更前薬剤名 ( _____ ) 変更日 (平成 年 月 日)		
治療上の 問題点			
上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。  医療機関名及び所在地 _____ 記載年月日 平成 年 月 日  医師氏名 _____ 印			

- (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、核酸アナログ製剤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。

## 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)の交付申請に係る診断書

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 ( )		
保険種別等	保険の種別 (政・組・船・共・国・後) 介護保険制度での認定 (有・無)		
診断年月	昭和・平成 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	該当する方にチェックする。 <input type="checkbox"/> 1. 治療歴なし (初回治療例) <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。 (2. にチェックした場合) 前回の治療内容 ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法で再燃 イ. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法で無効 ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載: )		
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:平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法 ) (2) ウイルス型 セロタイプ (グループ) 1・セロタイプ (グループ) 2 (該当する方を○で囲む) 2. 血液検査 (検査日:平成 年 月 日) AST (GOT) IU/l アルブミン値 . ALT (GPT) IU/l 総ビリルビン値 . 血小板数 / $\mu$ l クレアチニン mg/dl 白血球数 / $\mu$ l HbA1c % ヘモグロビン g/dl 3. 画像診断の所見 (検査日:平成 年 月 日) (所見 ) 4. 肝生検の所見 (検査日:平成 年 月 日) (所見 )		
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)		
肝がんの合併	肝がん 1. 有 2. 無		
合併症	1. うつ症状の有無 ( 1. 有 2. 無 ) 2. アルコール依存症で治療歴がある ( 1. 有 2. 無 ) 3. その他の合併症 ( 1. 有 2. 無 ) 有の場合はその疾病名: ( ) 4. 自己免疫性疾患の有無 ( 1. 有 2. 無 )		
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。		
既往歴			
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	印		
(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。		