第２号様式－４（第８関係）

肝炎治療受給者証（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） 年　月　日　生　（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　）		
診断年月	年　月	前医（あれば記載する）	医療機関名 医師名

前回の治療

＊該当する場合、□（チェックボックス）にチェックしてください。

１．B型慢性活動性肝炎の場合

☐　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。

２．C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合

（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

☐　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。

☐　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周投与が行われたケース

（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

□　３剤併用療法の治療歴なし。

□　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。

（具体的な経過・理由：　）

（３）インターフェロンフリー治療歴

□　インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　）

□　直前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。

検査所見

今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。

１．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー

（１）HBs抗原（　＋・－　）　（検査日：　年　月　日）

（２）HBe抗原（　＋・－　）　HBe抗体（　＋・－　）（検査日：　年　月　日）

（３）HBV-DNA定量＿＿＿＿＿（単位：　、測定法：　）（検査日：　年　月　日）

２．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー　（検査日：　年　月　日）

（１）　HCV-RNA定量　（単位：　、測定法　）

（２）　ウイルス型（該当する方を〇で囲む。）

ア）　セロタイプ（グループ）１、あるいはジェノタイプ１

イ）　セロタイプ（グループ）２、あるいはジェノタイプ２

３．血液検査　（検査日：　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	／μl	クレアチニン	mg/dl
白血球数	／μl	HbA1C	%
ヘモグロビン	g／dl		

４．画像診断の所見　（検査日：　年　月　日）

５．肝生検の所見（行った場合に記載する）　（検査日：　年　月　日）

診断

該当番号を〇で囲む

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〇で囲む。

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）

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

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

７．その他（具体的に記載：　）

治療予定期間　週　（　年　月　～　年　月　）

既往歴

治療上の問題点

記載年月日　年　月　日

医療機関名及び所在地

（直前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はいずれかにチェックが必要）

□　日本肝臓学会肝臓専門医　□　日本消化器病学会専門医

医師氏名　印

治療医療機関名

（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。

４．「治療医療機関名」の欄は、診断書作成医と治療を行う医療機関が異なる場合、診断書作成医が記載してください。