

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)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) 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)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (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) 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) イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名: テラプレビル・シメプレビル・パニプレビル) 3剤併用療法 (中止・再燃・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: 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○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 ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: _____) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ /ul 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: _____) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む。)		
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) ※Child-Pugh分類Aに限る		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名 : _____) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
(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		
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. 記載日前6か月以内(ただし、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。
5. 「治療内容」の欄について、エプクルーサ配合錠の場合は、リバビリン製剤併用の有無についても記載すること。