

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<新規>

フリガナ				性別	生年月日(年齢)																											
患者氏名				男・女	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																												
過去の治療歴	(1)3剤併用療法以外のインターフェロン治療の治療歴 <input type="checkbox"/> 過去に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)以外のインターフェロン治療による治療歴がある。(初回治療・再治療の確認のため) (2)過去の3剤併用療法の治療歴(C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。) <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <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。 (具体的な経過・理由:) (3)インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 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(該当する項目を○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 3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ 10 ⁴ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (実施した診断方法に○をし、所見欄には異常なしでも記載する。) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>診断方法</th> <th>造影剤使用</th> <th>実施年月日</th> <th>診断実施機関</th> <th>所見</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CT</td> <td>有・無</td> <td>年 月 日</td> <td>自院・他院()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MRI</td> <td>有・無</td> <td>年 月 日</td> <td>自院・他院()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>超音波</td> <td style="text-align:center">/</td> <td>年 月 日</td> <td>自院・他院()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>肝生検</td> <td style="text-align:center">/</td> <td>年 月 日</td> <td>自院・他院()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ・他院からの診療情報提供書の添付の有無 (有 ・ 無)							診断方法	造影剤使用	実施年月日	診断実施機関	所見	CT	有・無	年 月 日	自院・他院()		MRI	有・無	年 月 日	自院・他院()		超音波	/	年 月 日	自院・他院()		肝生検	/	年 月 日	自院・他院()	
	診断方法	造影剤使用	実施年月日	診断実施機関	所見																											
CT	有・無	年 月 日	自院・他院()																													
MRI	有・無	年 月 日	自院・他院()																													
超音波	/	年 月 日	自院・他院()																													
肝生検	/	年 月 日	自院・他院()																													
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. あり 2. なし 3. 過去に肝がんはあったが、現在はない(治療後)																															
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα製剤単独 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 2. インターフェロンβ製剤単独 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 3. ペグインターフェロン製剤単独 7. その他(具体的に記載してください。:) 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 治療予定期間 週 (年 月開始(予定))																															
治療上の問題点																																
月 日	記載年月日 年																															
医療機関名及び所在地																																
医師氏名 (署名又は記名押印)																																
該当する口欄にチェックを入れて下さい。①又は②のいずれかにチェックがない場合は、助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> ①日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> ②茨城県肝炎医療研修会受講修了者 【受講番号: _____ 号】																																

(注) 1. 該当番号を○で囲み、必要事項をご記入ください。
 2. 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。
 3. 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。
 4. 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。
 5. 本診断書は、①日本肝臓学会肝臓専門医、又は②茨城県肝炎医療研修会受講修了者のいずれかのみが記載するものとします。
 (※茨城県肝炎医療研修会とは、茨城県が肝疾患診療連携拠点病院に委託して実施する肝炎医療研修会をいいます。)