

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

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	該当する項目にチェックする。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。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 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、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名: ) 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: ) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: )(中止・再燃・無効)																																																																						
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 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 _____ U/L (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ U/L (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ 10 <sup>4</sup> /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) 3. Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) 該当する□にチェックを入れる <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: _____点 (A・B・C)(該当する方を○で囲む) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (注) 内視鏡(必須)及びCT又はMRI(いずれか必須)、超音波、肝生検について、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。 CT及びMRIは、原則として造影剤を使用することとし、使用しない場合は所見欄にその理由等を記載する。 <table border="1"> <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>内視鏡</td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td>自院・他院( )</td> <td></td> </tr> <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></td> <td>年 月 日</td> <td>自院・他院( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>肝生検</td> <td></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)						結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超	診断方法	造影剤使用	実施年月日	診断実施機関	所見	内視鏡		年 月 日	自院・他院( )		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( )	
	結果	施設基準値	1点	2点	3点																																																																		
肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)																																																																		
腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																																																		
アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																																																																		
プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																																																																		
総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																																																																		
診断方法	造影剤使用	実施年月日	診断実施機関	所見																																																																			
内視鏡		年 月 日	自院・他院( )																																																																				
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. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類B及びCに限る																																																																						
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、現在は無い(治療後)																																																																						
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 月開始(予定))																																																																						
治療上の問題点																																																																							
上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると診断します。 記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 (署名又は記名押印) 以下に該当する場合、□欄にチェックを入れて下さい。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																																																																							
(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. 本診断書は、日本肝臓学会肝臓専門医のみが記載するものとします。																																																																							