

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)



ふりがな			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)	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:)				
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 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。) (判明している場合)ジェノタイプ 1a・1b・2a・2b・その他(該当するものを○で囲む。) 2. 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: ~) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 _____ × 10 ⁴ / μl (施設の基準値: ~) 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) _____点 Child-Pugh分類 A・B・C(該当する項目を○で囲む。) ※ <input type="checkbox"/> 薬剤耐性検査の有無 (実施している場合はチェックをお願いします。) <input type="checkbox"/> 耐性変異なし <input type="checkbox"/> 耐性変異あり (L31・Y93・D168・その他()) (混合診療にならないようご注意ください。)				
	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 3. 過去に肝がんはあったが現在はなし(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 ~ 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"/> 和歌山県が承認した医師					
医師氏名					

(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. 和歌山県が承認した医師とは、和歌山県肝炎治療特別促進事業に係る登録医のことをいいます。