

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

保健所
受付印

ふりがな 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 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: ~) 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)(該当するものを○で囲む) 4. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見:)						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
	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	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																																								
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)																																								
本診断書を 作成する医師	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがなければ助成対象となりません。 <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																																								
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薬による治療を行う必要があると診断します。 医療機関名及び所在地 _____ 記載年月日 _____ 年 月 日 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。