

意見書に係る必要な検査所見等

肝疾患診療連携拠点病院以外の医療機関 → 各都道府県の拠点病院

匿名化記号

1 過去のインターフェロンフリー治療

治療期間	年 月 ~ 年 月
治療内容	(薬剤名:)

2 過去のプロテアーゼ阻害剤+インターフェロン治療の有無

治療内容	なし・テラプレビル・シメプレビル・バニプレビル
------	-------------------------

3 検体提出の必要条件

Genotypeが1型である	Serogroup 1 ・ Genotype 1b
HCV RNAが3.0 Log IU/mL以上である	Yes ・ No (3.0未満では変異が測定できません)

4 直近の検査結果

AST	IU/ l
ALT	IU/ l
血小板数	$\times 10^4$ /ul

5 LSI以外で耐性変異を測定している場合

(LSIでの再検は不要です。結果を下記に記載いただくか、結果のコピーをお送りください)

耐性変異測定方法	
NS3及びNS5Aの耐性変異 (すべて列挙ください)	NS3 : NS5A :
その他の耐性変異	

6 次に予定している治療法と時期

再治療予定時期	年 月 ~ 年 月
治療予定内容	(薬剤名:)

年 月 日

医師氏名 :

医療機関名 :