

肝炎治療受給者証(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 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記 載)	医療機関名 医師名
過去の治療歴 【必須】	<p>該当する項目にチェックする。</p> <input type="checkbox"/> 1. インターフェロン治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 2. 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(該当項目を○で囲む) ア. インターフェロン・ペグインターフェロン単独療法(中止・再燃・無効) イ. 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) ウ. ペグインターフェロン、リバビリンおよ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) <input type="checkbox"/> 3. インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 4. 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)		
【過去の治療歴 4. 以外】 診断書作成 医師について 【必須】	(以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象とはなりません。) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医である。 <input type="checkbox"/> 全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。【連携している肝疾患専門医療機関名: 】		
【過去の治療歴 4. の場合】 診断書作成 医師について 【必須】	(以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象とはなりません。) <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医である。 <input type="checkbox"/> 上記以外の日本肝臓学会専門医又は全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師で、別添意見書(様式第6号の4の2)を添付している。 【連携している肝疾患専門医療機関名: 】		
検査所見 【必須】	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____)、測定法 _____ (2) ウイルス型 セログループ1・セログループ2・その他(該当する方を○で囲む。) ゲノタイプ 1a・1b・2a・2b・その他(該当する方を○で囲む。)</p> <p>2. 血液検査(検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ 10⁴/ul eGFR _____ mL/min/1.73m² BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 平成 年 月 日) (所見: _____)</p> <p>4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C(該当する方を○で囲む。)</p>		
診断 【必須】	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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。</p>		
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし		
治療内容 【必須】	<p>インターフェロンフリー治療</p> <p>(薬剤名: _____)</p> <p>治療予定期間 _____ 週(平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 平成 年 月 日		
医師氏名	印		

(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。