

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（ ）				

【認定要件】 下記の（1）又は（2）の該当する方の□にチェック（レ点）を記入する。

（1）B型慢性活動性肝炎の場合

これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けている。

はい

いいえ

2回目の制度利用 適用外

2回目の制度利用 適用

3回目制度利用 適用

はい

2回目の制度を利用したペグインターフェロン治療でも不成功であった。

（2）C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合

これまでの治療で十分量の3剤併用療法24週の施行者ではない。

※3剤併用とは：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

はい

いいえ

これまでの治療でPEG-IFN/RBV併用療法72週の施行者ではない。

はい

いいえ

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎及び代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療施行中の患者であり、現在肝がんの合併がないものである。

はい

いいえ

これまでの治療がペグインターフェロン／リバビリン併用療法であった。

いいえ

はい

十分量の48週投与であった。

いいえ

はい

前回の治療で、36週目までにHCV-RNAが陰性化した。

はい

いいえ

2回目の制度利用 適用

2回目の制度利用 適用外

* 「これまでの治療」とは、今回の治療以前の治療であり、今回の治療から2ヶ月以上前に終了したインターフェロン治療のことをいう。治験等も含む。

【患者氏名】

【生年月日】

年

月

日生

(満

歳)

<p>検査所見</p> <p>【必須】</p>	<p>今回のインターフェロン治療開始直前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs 抗原 (+・-・未実施) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe 抗原 (+・-・未実施) (検査日: 年 月 日)</p> <p>HBe 抗体 (+・-・未実施) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 (検査日: 年 月 日)</p> <p>(単位: 、測定法)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: 、測定法)</p> <p>(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)</p> <p>ゲノタイプ1a・1b・2a・2b・その他 (該当する方を○で囲む)</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l</p> <p>ALT _____ IU/l</p> <p>血小板数 _____ ×10⁴ /μl</p> <p>eGFR _____ mL/min/1.73m²</p> <p>BUN _____ mg/dl</p> <p>クレアチン _____ mg/dl</p> <p>Ca _____ mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む)</p> <p>リン _____ mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む)</p> <p>4. 画像診断および肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(所見 _____)</p>
<p>診断</p> <p>【必須】</p>	<p>該当番号を○で囲む</p> <p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</p>
<p>合併症</p> <p>【必須】</p>	<p>1. なし 2. あり (_____)</p>
<p>肝がんの合併</p> <p>【必須】</p>	<p>肝がん 1. あり 2. なし</p>
<p>予定治療内容</p> <p>【必須】</p>	<p>該当番号を○で囲む (B型慢性活動性肝炎の場合は3のみが対象)</p> <p>1. インターフェロンα製剤 (1回投与量 _____ 単位)</p> <p>2. インターフェロンβ製剤 (1回投与量 _____ 単位)</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤 (1回投与量 _____ μg)</p> <p>4. リバビリン製剤 (服用量 _____ mg)</p> <p>5. その他 (具体的に記載してください。 _____)</p> <p>※申請者体重 _____ kg</p> <p>治療予定期間 _____ 週 (_____ 年 月 ~ _____ 年 月)</p>
<p>治療上の問題点</p>	
<p>直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医である。</p> <p><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。</p> <p>【連携している肝疾患専門医療機関名: _____】</p>	
<p>記載年月日 _____ 年 月 日</p>	
<p>医療機関名および所在地 _____</p>	
<p>医師氏名 _____</p>	<p>印 _____</p>

(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. HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(但し、インターフェロン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。