

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル)の3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
患者氏名		男・女	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>該当項目をチェックする。</p> <p>1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (ありにチェックした場合、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 (中止・再燃・無効) (具体的に記載:)</p> <p>2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。</p>				
3剤併用療法の再治療について	<p>上記1. イに該当する場合はチェックが必要。 <input type="checkbox"/> 他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行う事が適切であると判断する。</p>				
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 ヘモグロビン _____ g/dl 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>				
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。)</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>ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法</p> <p>治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>				
治療実施医療機関について 【必須】	<p>(以下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。肝臓専門医常勤医師名を記載すること。)</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。【常勤医師名: _____】</p> <p><input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。</p>				
治療上の問題点					
<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。 <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: _____】</p>					
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、3剤併用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. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。