

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(新規)

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	〒 () TEL ()				
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	該当する場合、チェックする。 ☐ 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) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:)				
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 _____ LogIU/ml (Real Time PCR法によること) (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。) ア) セロタイプ(グループ)1・あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2・あるいはジェノタイプ2 ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載:) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ 万/ul 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)				
診断	該当番号を○で囲む。 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				
肝がんの合併	肝がん 1. あり (治療中 制御) 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)				
治療上の問題点					
上記のとおり診断します。 記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 (医師自署) (チェックが必要) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医					

(注)

- この診断書は、日本肝臓学会肝臓専門医が記載してください。
- 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。
- 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。
- 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。
- この診断書は治療実施医療機関が発行することとする。
- 肝がんの治療中の方は公費助成の対象外です。
- 一度申請いただいた書類は、どのような理由であってもお返しできません。控えが必要な場合は、ご自身で申請前に写し(コピー等)をご準備ください。