

(様式第2-7)

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法)の交付申請に係る診断書(再治療)

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	(〒 - ) (電話 )		
診断年月	年 月	前医(あれば 記載する)	医療機関名 医師氏名
過去の治療歴	該当する にチェック(✓)する。 1. インターフェロン治療歴 インターフェロン治療歴なし(未治療) 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: ) (中止・再燃・無効) 2. インターフェロンフリー治療歴 インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: ) 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。		
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 (単位: 、測定法 ) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1 ・ セロタイプ(グループ) 2 (該当する方を で囲む) 2. 血液検査(検査日: 年 月 日) AST _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ / $\mu$ L (施設の基準値: _____ ~ _____) 3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見: )		
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)		
肝がんの合併	該当する方を で囲む 肝がん 1. あり(治療中・治癒後) 2. なし		
治療内容	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(薬品名: ) 3剤併用療法 治療予定期間 24週( 年 月 ~ 年 月)		
治療上の問題点			
上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害薬を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適当であると判断します。 医療機関名及び所在地 _____ 記載年月日 _____ 年 月 日 (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が必要) 日本肝臓学会肝臓専門医 _____ 長崎県が適当と定める医師 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りますので、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します(副作用治療は除く)。