

(様式第10)

平成 年 月 日

長崎県知事

様

医療機関名

医師氏名

印

肝炎インターフェロン治療効果判定報告書

このことについて、下記の者に係るインターフェロン治療効果判定を裏面とおりに報告します。

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(満 歳)

肝炎インターフェロン治療効果判定報告書

平成 年 月 日

担当医師が必要事項を記載の上、当てはまるボックスにチェックを入れてください。
治療終了時とは、インターフェロン最終投与時を意味します。

整理番号 (自治体担当者記載欄)

性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
IFN治療期間	開始日:平成 年 月 日 ~ 終了日:平成 年 月 日		
IFN治療歴	<input type="checkbox"/> 初回治療 <input type="checkbox"/> 再治療		
診断名	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変(判明していれば <input type="checkbox"/> F0 <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4		
使用薬剤	IFN種類	併用薬剤	
	<input type="checkbox"/> IFN (天然型) <input type="checkbox"/> IFN	<input type="checkbox"/> リバビリン	
	<input type="checkbox"/> IFN 2b <input type="checkbox"/> PEG IFN 2a	<input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> IFN コン1 <input type="checkbox"/> PEG IFN 2b		

治療開始時、治療終了時、効果判定時(治療終了から概ね6ヶ月後)の結果について
B型肝炎は1、3、5を記入、C型肝炎は2、3、4、5を記入してください。

1 B型肝炎ウイルスマーカー

治療開始時 (検査日:平成 年 月 日)	HBe抗原 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	HBe抗体 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
	HBV DNA定量 _____ 単位 _____		
治療終了時 (検査日:平成 年 月 日)	HBe抗原 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	HBe抗体 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
	HBV DNA定量 _____ 単位 _____		
効果判定時 (検査日:平成 年 月 日)	HBe抗原 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	HBe抗体 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
	HBV DNA定量 _____ 単位 _____		

2 C型肝炎ウイルスマーカー

Serotype 1 2 判別不能 (Genotype判明していれば a b a b)

ウイルス陰性化時期 (検査日:平成 年 月 日)

治療開始時 (検査日:平成 年 月 日)	HCV RNA定量 _____ 単位 _____	<input type="checkbox"/> LogIU/ml	<input type="checkbox"/> KIU/ml
治療終了時 (検査日:平成 年 月 日)	HCV RNA定量 _____ 単位 _____	<input type="checkbox"/> LogIU/ml	<input type="checkbox"/> KIU/ml
効果判定時 (検査日:平成 年 月 日)	HCV RNA定量 _____ 単位 _____	<input type="checkbox"/> LogIU/ml	<input type="checkbox"/> KIU/ml

3 血液検査

治療開始時 (検査日:平成 年 月 日)	AST _____ IU/L	ALT _____ IU/L	血小板 _____ 10 ⁴ /ul
治療終了時 (検査日:平成 年 月 日)	AST _____ IU/L	ALT _____ IU/L	
効果判定時 (検査日:平成 年 月 日)	AST _____ IU/L	ALT _____ IU/L	

4 ウイルス学的判定

- 著効 (投与終了6ヶ月後もHCV RNA陰性を持続)
- 再燃 (投与終了時はHCV RNA陰性であったがその後再陽性化)
- 無効 (投与期間を通じてHCV RNAは陰性化しなかった)

5 インターフェロン治療について

(IFNやリバビリンの減量が行われても根治目的の治療が終了した場合は投与完遂、それ以外を投与中止とする)

- 投与完遂 (予定治療完了) 投与中止 (予定治療中断) 副作用による中止
- 副作用以外による中止

の詳細 倦怠感 食欲不振 貧血 精神神経症状 網膜症

脳出血 間質性肺炎 血小板減少

その他 (_____)

の詳細 (例;肝がんの発生、骨折、事故、その他(仕事の都合、経済的事情等))

(_____)