

(様式第2-3)

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(3回目の制度利用)

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	(該当する項目に にチェック(✓)を入れてください) これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療を受け、 その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。			
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HBs抗原(+・-) HBe抗原(+・-) HBe抗体(+・-) (2) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法)</p> <p>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: _____ ~ _____) 血小板数 _____ /μL (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見:)</p>			
診断	該当する項目にチェックする。 慢性肝炎(B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	該当番号を で囲む 1. ペグインターフェロン製剤単独 2. その他(具体的に記載してください) _____) 治療予定期間 _____ 週(年 月 ~ 年 月)			
治療上の問題点				
医療機関名及び所在地		記載年月日 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、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りますので、ご注意ください。