

(様式第2-1)

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）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	（〒 - ） （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	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する□にチェック（✓）する。 1. 3剤併用療法（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）の治療歴 □ 3剤併用療法（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）の治療歴なし。 □ 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 （具体的な経過・理由： ） 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	インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日） （1）HBs抗原（+・-）（該当する方を○で囲む） （2）HBe抗原（+・-） HBe抗体（+・-）（該当する方を○で囲む） （3）HBV-DNA定量_____（単位： 、測定法 ） 2. 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） 3. 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 _____ / μ L（施設の基準値： _____ ~ _____） 4. 画像診断及び肝生検などの所見（検査日： 年 月 日）		
診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる） 2. 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） 3. 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	該当番号を○で囲む 1. インターフェロン α 製剤単独 2. インターフェロン β 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 5. 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		
（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） <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 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、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。