

(様式第2-6)

肝炎治療受給者証（インターフェロンプリー治療）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	（〒 - ） （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。 <input type="checkbox"/> 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_____（単位： 、測定法 ） （2）ウイルス型（該当する方を○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（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： _____ ~ _____） 3．画像診断及び肝生検などの所見（検査日： 年 月 日） 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	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．ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤 2．レジバスビル／ソホスブビル配合錠 3．グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤 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		
（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、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。