

(様式第2-7)

肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）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 | <p>該当する<input type="checkbox"/>にチェック（<input checked="" type="checkbox"/>）する。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。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. インターフェロン治療歴あり。 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）（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 2. インターフェロンフリー治療歴あり。 （薬剤名： ）（中止・再燃・無効）</p> | | |
| 検査所見 | <p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>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： ）</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>その他の血液検査所見（必要に応じて記載） 所見：</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> <p>4. （肝硬変症の場合）Child-Pugh 分類 A・B・C（該当する方を○で囲む）</p> | | |
| 診断 | <p>該当番号を○で囲む</p> <p>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</p> | | |
| 肝がんの合併 | 肝がん 1. あり（治療中・治癒後） 2. なし（該当番号を○で囲む） | | |
| 治療内容 | <p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. ソホスブビル／バルパタスビル配合剤 2. レジパスビル／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 4. ソホスブビル／バルパタスビル配合剤及びリバビリン併用療法</p> <p>治療予定期間 週（ 年 月 ～ 年 月）</p> | | |
| 本診断書を 作成する医師 | <p>インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。</p> <p><input type="checkbox"/>肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/>他の日本肝臓学会肝臓専門医又は県が適当と定める医師で、別紙意見書を添付している医師</p> | | |

※裏面の記入をお願いします

| | |
|---|---|
| 治療上の問題点 | |
| 上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。 | |
| 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。