

# 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)

医療機関名 \_\_\_\_\_ 病院・医院

科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_

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 生(満 歳)	
住所	郵便番号 _____ 電話番号 _____ ( )				
受診の契機	1 住民検診から 2 県職場出勤検査から 3 保健福祉事務所検査から 4 人間ドックから 5 医療機関無料検査から 6 その他( )				
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名		
過去の治療歴 (該当する項目 にチェックす る。)	1. インターフェロン治療歴 <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: _____) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> 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) ※治療中止の場合、その理由( )				
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 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。) ウイルス型 ジェノタイプ(保険適応外)1b・2a・2b その他 (該当する方を○で囲む。) 2. 血液検査 (検査日: _____ 年 月 日) AST _____ U/l (施設の基準値: _____~_____) ALT _____ U/l (施設の基準値: _____~_____) ヘモグロビン _____ g/dL 血小板数 _____ ×10 <sup>3</sup> /ul 白血球数 _____ /μl eGFR _____ mL/min/1.73m <sup>2</sup> その他の血液検査所見(必要に応じて記載) 【 _____ 】 ※肝硬変の場合、記載する。(検査日: _____ 年 月 日) PT _____ ( %・INR ) (該当する方を○で囲む。) Alb _____ g/dL 総ビリルビン _____ mg/dL 腹水 (有・無) (該当する方を○で囲む。) 肝性脳症 (有・無) (該当する方を○で囲む。) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 肝生検 あり・なし ありの場合: 診断 A _____ F _____ (検査日: _____ 年 月 日) 画像診断 あり・なし ありの場合: 腹部超音波・CT・MRI・その他( _____ )(検査日: _____ 年 月 日) 具体的所見(超音波記載例: 辺縁鈍・肝内粗・表面不整) 【 _____ 】 4. (肝硬変の場合)Child-Pugh _____ 点 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む。)				

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 (※A4版で使用される場合は上記氏名・性別・生年月日をご記入ください。)

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	1. あり ( 治療中・治癒後 ) 2. なし
身体所見	身長( _____ )cm 体重( _____ )kg
治療内容 (チェックが必要)	インターフェロンフリー治療 薬剤名  <input type="checkbox"/> ダクラタスビル 及び アスナプレビル <input type="checkbox"/> ソホスブビル 及び <u>リバビリン( _____ ) _____ mg/日</u> <input type="checkbox"/> レジパスビル・ソホスブビル配合錠 <input type="checkbox"/> エルバスビル 及び グラソプレビル水和物 <input type="checkbox"/> グレカプレビル水和物・ピブレントスビル配合剤 <input type="checkbox"/> ソホスブビル・ベルパタスビル配合剤 及び <u>リバビリン( _____ ) _____ mg/日</u>  治療予定期間 _____ 週 ( _____ 年 _____ 月 ~ )
治療上の 問題点	
連携医療機関	※当初から連携する医療機関がある場合、連携医療機関名を記入してください。また申請者へ、紹介した医療機関名を申請書へ記入するようご指導ください。
記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
医療機関名 (治療導入医療機関)  所在地 電話番号 (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"/> 日本消化器病学会消化器専門医 <input type="checkbox"/> 診断書を作成できる医師として佐賀県の認定を受けた者  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>医師氏名 _____</span> <span>印 _____</span> </div>	

(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るので、ご注意ください。  
 4. 肝疾患診療連携拠点病院の肝臓専門医以外の医師による本診断書記載要領は、「インターフェロンフリー再治療の手順書」に則り、「様式第2-10:インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書及び意見書に係る必要な検査所見等」を作成する必要があります。