

①申請用

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)

医療機関名 _____ 病院・医院
_____ 科 _____ 先生

下記患者についてご報告申し上げます。

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 県職場出前検査から 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	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載 する)	医療機関名	医師名	
過去のインターフェロン治療歴 (該当する項目にチェックする。)	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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 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。				
	いずれかを○で囲む 1 今回が初回治療 2 今回が再治療				
検査所見 (今回の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 (1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日) 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) ・検出せず (2) HCVコア蛋白定量 _____ foml/l (3) 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) 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) 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: _____ ~ _____) ヘモグロビン _____ g/dl 血小板数 _____ × 10 ⁴ / μl 白血球数 _____ / μl (好中球数 _____ / μl) 4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) 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) 所見()				
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	1. あり (治療中・治癒後) 2. なし				

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。)

身体所見	身長(_____)cm		体重(_____)kg	
治療内容 (該当番号を○で囲む。 e抗原陰性のB型慢性活動性肝炎の場合は3のみが対象)	1. インターフェロンα製剤 (1回 MIU, 週 回) 在宅自己注射 あり・なし			
	2. インターフェロンβ製剤 (1回 MIU, 週 回)			
3. ペグインターフェロン製剤 (ペグイントロン ・ ペガシス) (_____ μg/回)				
4. リバピリン製剤 (_____ mg/日)				
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 ~)				
治療開始前 併存疾患 (該当する方を○で囲む。 「あり」の場合は、必要事項を記載する)	1. 糖尿病	なし	あり HbA1c _____ % (_____ 年 月) 治療薬 _____	未検査
	2. 高血圧	なし	あり 治療薬 _____	未検査
	3. 腎機能	BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl (_____ 年 月)		未検査
	4. うつ又はうつ傾向	なし	あり 治療薬 : _____	未検査
	5. 甲状腺機能異常	なし	あり 診断名 : _____ 治療薬 : _____	未検査
	6. 自己免疫疾患	なし	あり 診断名 _____ 治療薬 _____ 検査: RA +・- 抗核抗体 +・- その他の抗体(_____)+・-	未検査
	7. 眼底検査	異常 なし・あり		未検査
	8. 皮膚症状	なし	あり 診断 : _____	未検査
治療上の 問題点				
副作用等の 連携医療機関	※当初から副作用の検査等のため連携する医療機関がある場合、該当番号に○をつけてください。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。 1. 眼科 2. 皮膚科 3. 精神科 4. その他(_____)			
医療機関名 (治療導入医療機関)	記載年月日 _____ 年 月 日			
所在地				
電話番号				
(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			
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. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、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るので、ご注意ください。