

①申請用

# 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(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	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名		
			医師名		
過去の治療歴 (該当する場合、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 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 _____ $\times 10^3 / \mu\text{l}$ 白血球数 _____ / $\mu\text{l}$ eGFR _____ mL/min/1.73m <sup>2</sup> ※肝硬変の場合は、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 3. 非代償性肝硬変(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
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 リバビリン(            )                      mg/日 <input type="checkbox"/> レジパスビル・ソホスブビル配合剤 <input type="checkbox"/> エルバスビル 及び グラゾプレビル水和物 <input type="checkbox"/> グレカプレビル水和物・ピブレンタスビル配合剤 <input type="checkbox"/> ソホスブビル・ベルパタスビル配合剤  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。
<div style="text-align: right;">記載年月日                      年            月            日</div> 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="text-align: center;">医師氏名</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。