

①申請用

肝炎治療受給者証(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)3剤併用療法の交付申請に係る診断書(再治療)

(シメプレビル ・ テラプレビル ・ パニプレビル) ※○で囲んでください。

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 (あれば記載する)	医療機関名	医師名		
過去の治療歴 (該当する項目を○で囲む)	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なし。(未治療) <input type="checkbox"/> 2. インターフェロン治療歴あり。(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. 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: _____) <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。					
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 _____)・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) 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: _____ ~ _____) 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) 3. 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) 【 具体的所見(超音波記載例: 辺縁鈍・肝内粗・表面不整) _____ 】					
診断 (確認の上チェックする)	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) <input type="checkbox"/> 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)	1. ペグインターフェロン製剤 (薬品名: _____) (_____ μg/回) 2. リバビリン製剤 (_____ mg/日) 3. シメプレビル・テラプレビル・パニプレビル (_____ mg/日) ※12週 治療予定期間 24 週 (_____ 年 _____ 月 ~)			
治療実施医療機関、副作用等の連携医療機関	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。 ※上記患者について連携することを皮膚科専門医に必ず確認したうえで記載をお願いします。 皮膚科連携医療機関名(_____)、皮膚科専門医師名(_____) ※上記皮膚科以外に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. 精神科 3. その他(_____)			
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
上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断します。 医療機関名 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (治療導入医療機関) 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 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、3剤併用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. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。