

## 様式 2-2

## 千葉県肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除くインターフェロン治療）の認定に係る診断書（2回目以降の制度利用）

フリガナ			性別	生年月日	
患者氏名			男・女	明 昭 令 大 平	
住 所	〒 -		電話番号 ( )		
診断年月	年 月	前 医 (有の時記載)	医療機関名	医 師 名	
過去の 治療歴	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p><b>1. B型慢性活動性肝炎の場合</b></p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けた。</p> <p><input type="checkbox"/> 直前の治療がペグインターフェロン治療である</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p><b>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</b></p> <p>(1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>①これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース</p> <p>②これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース</p> <p>(2) 過去の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</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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。</p> <p>(具体的な経過・理由： )</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名： )</p> <p><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。</p>				
検査所見	<p>※今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入してください。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法 ) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量: (単位: 、測定法 )</p> <p>(2) ウイルス型 [該当する方を○で囲む。]</p> <p>ア. セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ. セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>3. 血液検査(検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) AST IU/l (施設の基準値: ~ )</p> <p>(2) ALT IU/l (施設の基準値: ~ )</p> <p>(3) 血小板数 /<math>\mu</math>l (施設の基準値: ~ )</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日)</p> <p>(所見: )</p>				
診 断	<p>該当する番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</p>				
肝がんの 合併	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	<p>該当する番号を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロン<math>\alpha</math>製剤単独 2. インターフェロン<math>\beta</math>製剤単独</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロン<math>\alpha</math>製剤+リバビリン製剤</p> <p>5. インターフェロン<math>\beta</math>製剤+リバビリン製剤</p> <p>6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7. その他(具体的に記載)</p> <p>( )</p> <p>治療予定期間 週(令和 年 月 日~令和 年 月 日)</p>				
治療上の問題点					
医療機関名 所在地 (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)	<p>記載年月日 令和 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医</p> <p>医 師 氏 名</p>				

(注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。

2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6ヶ月以内(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下さい。

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。