

様式 2-5

## 千葉県肝炎治療受給者証（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）の認定に係る診断書（新規）

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	明 昭 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>1. インターフェロン治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。</p> <p>(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)</p> <p>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)</p> <p>イ. 上記以外の治療</p> <p>(具体的に記載: ) (中止・再燃・無効)</p> <p>2. 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>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. 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>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>A S T IU/l (施設の基準値: ~ )</p> <p>A L T IU/l (施設の基準値: ~ )</p> <p>ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~ )</p> <p>血小板数 /<math>\mu</math>l (施設の基準値: ~ )</p> <p>3. 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 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2. 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>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(薬剤名: ) 3剤併用療法</p> <p>治療予定期間 24 週 ( 年 月 日 ~ 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チェックが必要)	<p>記載年月日 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p>医 師 氏 名 (印)</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. 記載日前6ヶ月以内(ただし、3剤併用療法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、ご注意下さい。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。