

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(再治療)

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)																										
住所	郵便番号 電話番号 ()																												
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	<p>該当する項目にチェックする。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>1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 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、リバビリン及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:)</p> <p>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:)(中止・再燃・無効)</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) (1) HCV-RNA定量 _____(単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。) ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: _____) (3) 耐性変異の確認 (実施 ・ 未実施) (該当する方を○で囲む。) (実施の場合、その結果: _____)</p> <p>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 (施設の基準値: _____~_____)※リバビリン併用療法の場合記載 血小板数 _____ 10⁴/μl (施設の基準値: _____~_____) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) [_____]</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (実施した診断方法に○をし、所見欄には異常なしでも記載する。)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>診断方法</th> <th>造影剤使用</th> <th>実施年月日</th> <th>診断実施機関</th> <th>所見</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CT</td> <td>有・無</td> <td>年 月 日</td> <td>自院・他院()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MRI</td> <td>有・無</td> <td>年 月 日</td> <td>自院・他院()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>超音波</td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td>自院・他院()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>肝生検</td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td>自院・他院()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>・他院からの診療情報提供書の添付の有無 (有 ・ 無)</p> <p>4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh分類 A・B・C (該当する方を○で囲む。)</p>				診断方法	造影剤使用	実施年月日	診断実施機関	所見	CT	有・無	年 月 日	自院・他院()		MRI	有・無	年 月 日	自院・他院()		超音波		年 月 日	自院・他院()		肝生検		年 月 日	自院・他院()	
診断方法	造影剤使用	実施年月日	診断実施機関	所見																									
CT	有・無	年 月 日	自院・他院()																										
MRI	有・無	年 月 日	自院・他院()																										
超音波		年 月 日	自院・他院()																										
肝生検		年 月 日	自院・他院()																										
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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。</p>																												
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし 3. 過去に肝がんはあったが、現在は無い(治療後)																												
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療 (薬剤名: _____)</p> <p>治療予定期間 _____ 週 (_____ 年 _____ 月開始(予定))</p>																												
治療上の問題点																													
<p>上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。 記載年月日 _____ 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地 _____</p> <p>医師氏名 _____ (署名又は記名押印)</p> <p>該当する口欄にチェックを入れて下さい。インターフェロンフリー治療の再治療の場合、①から③までのいずれかにチェックがない場合は、助成対象となりません。</p> <p><input type="checkbox"/> ①肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> ②①以外の日本肝臓学会肝臓専門医で、「インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書」を添付している医師 <input type="checkbox"/> ③茨城県肝炎医療研修会受講修了者で、「インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書」を添付している医師のいずれかのみが記載するものとします。 【受講番号: _____ 号】</p>																													

(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。
 4. 本診断書は、①肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医、②①以外の日本肝臓学会肝臓専門医で「インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書」を添付している医師、又は③茨城県肝炎医療研修会受講修了者で「インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書」を添付している医師のいずれかのみが記載するものとします。
 (※茨城県肝炎医療研修会とは、茨城県が肝疾患診療連携拠点病院に委託して実施する肝炎医療研修会をいいます。)