

<意見書に係る必要な検査所見等>

肝疾患診療連携拠点病院以外の医療機関→各都道府県の拠点病院

<b>匿名化符号</b>

**過去のインターフェロンフリー治療**

治療期間	平成 年 月～ 年 月
治療内容	(薬剤名: )

**過去のプロテアーゼ阻害剤+インターフェロン治療の有無**

治療内容	なし・テラプレビル・シメプレビル・バニプレビル
------	-------------------------

**検体提出の必要条件**

Genotypeが1型である	Serogroup 1 ・ Genotype 1b
HCV RNAが3.0 Log IU/mL以上である	Yes ・ No (3.0未満では変異が測定できません)

**直近の検査結果**

AST	
ALT	
血小板数	

**LSI以外で耐性変異を測定している場合**

(LSIでの再検は不要です。結果を下記に記載いただくが、結果のコピーをお送りください)

耐性変異測定方法	
NS3およびNS5Aの耐性変異 (すべて列挙ください)	NS3: NS5A:

**次に予定している治療法と時期**

再治療予定時期	平成 年 月～ 年 月
治療予定内容	(薬剤名: )

平成 年 月 日

医師氏名;  
医療機関名;

印