

ふりがな 患者氏名			性別	生年月日(年齢)	
			男・女	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)	医療機関名		
			医師名		
過去の治療歴	<p>該当する場合は、<input type="checkbox"/>にチェックを入れる。</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 (チェックを入れた場合、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 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: )</p> <p>3剤併用療法(中止・再燃・無効)</p> <p>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</p> <p><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)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____(単位: 、測定法 )</p> <p>(2) ウイルス型(該当する項目を○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>ウ 上記のいずれにも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: )</p> <p>2 血液検査(検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____IU/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>ALT _____IU/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>血小板 _____/ul (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>その他の血液検査所見(必要に応じて記載)</p> <p>[ _____ ]</p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日)</p> <p>(所見: )</p> <p>4 (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類A・B・C(該当するものを○で囲む。)</p>				
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 C型慢性肝炎 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>				
HCCの合併	<p>1 HCC治療歴(あり・なし) 2 現在治療の必要なHCC合併(あり・なし)</p>				
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療 (薬剤名: ) 治療予定期間 週( 年 月~ 年 月)</p>				
本診断書を作成する医師	<p>インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目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"/> ア 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</p> <p><input type="checkbox"/> イ ア以外の日本肝臓学会肝臓専門医(本診断書に第2号様式(その7)の意見書が添付されている場合に限る。)</p> <p><input type="checkbox"/> ウ 大分県肝疾患診療協力医療機関の肝疾患担当責任者(日本消化器病学会消化器専門医)(本診断書に第2号様式(その7)の意見書が添付されている場合に限る。)</p> <p><input type="checkbox"/> エ ア、イ及びウ以外の者でインターフェロンフリー治療に係る診断書の作成実績がある者(本診断書に第2号様式(その7)の意見書が添付されている場合に限る。)</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</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。