

肝炎治療受給者証(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) | |
| 郵便番号 住所 電話番号 | () | | | | |
| 診断年月 | 昭和・平成・令和 年 月 | 前医 (あれば記載) | 医療機関名 医師名 | | |
| 肝炎検査 | 1. 陽性結果の把握時期 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年より前 (年前) 2. 陽性と指摘されたのは下記の検査のいずれか。 <input type="checkbox"/> 自治体検診 <input type="checkbox"/> 職域検診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 入院・検査時 <input type="checkbox"/> 献血時 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 過去の治療歴 | 該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 1. インターフェロン治療歴あり。(具体的に記載:) <input type="checkbox"/> 2. 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) | | | | |
| 検査所見 | 今回の治療開始前の所見を記入する。(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。) 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: KIU/ml、LogIU/ml、その他) (測定方法:TMA法・PCR法・その他) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2・その他() (該当する方を○で囲む。) ※測定してある場合は、ジェノタイプを記載してください(型) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ 万/ul ヘモグロビン _____ g/dl 総ビリルビン _____ mg/dl 血清アルブミン _____ g/dl プロトロンビン活性 _____ % (INR:) クレアチニン _____ mg/dl eGFR _____ (ml/分/1.73m ²) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 右表の当てはまる項目を全て○で囲み点数を記入する。 点 | | | | |
| 耐性変異の測定 | 5. <input type="checkbox"/> 薬剤耐性変異測定結果(実施した場合はチェックし、その結果について、該当するものを○で囲む) (所見: 耐性なし、L31、Y93、D168、P32、その他()) | | | | |
| 診断 | 該当番号を○で囲む。 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 | | | | |
| 肝がんの合併 | 肝がん 1. あり(治療中を含む) 2. 治癒後 3. なし | | | | |
| 治療内容 | 薬剤名 :1. ハーボニー配合錠(1・2型) 2. エレルサ錠+グラジナ錠(1型) 3. マヴィレット配合錠(1・2・3~6型) 4. エブクルーサ配合錠+リバビリン(1・2・3~6型) 5. その他(具体的に記載:) 治療予定期間 8・12・24 週 (令和 年 月 ~ 令和 年 月) | | | | |
| 治療上の問題点 | | | | | |
| 診断書作成に係る資格の確認 | 直近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、以下のいずれかにチェックが必要 <input type="checkbox"/> 1. 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 2. 群馬県で開催された肝炎治療講習会を受講している。(受講証番号 □□□□□□□□) インターフェロンフリー治療歴のある場合は、以下のチェックが必要 <input type="checkbox"/> 3. 様式2-7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。 | | | | |
| 医療機関名及び所在地 | 記載年月日 令和 年 月 日 医師氏名 | | | | |

| Score | 1 | 2 | 3 |
|-----------------|-------|----------|-----------|
| 脳症 | なし | Grade1-2 | Grade 3-4 |
| 腹水 | なし | 軽度 | 中等度 |
| Bil (mg/dl) | < 2.0 | 2.0-3.0 | > 3.0 |
| Alb (g/dl) | > 3.5 | 2.8-3.5 | < 2.8 |
| PT(%) | > 70% | 40-70% | < 40% |
| Grade A: 5-6点 | | | |
| Grade B: 7-9点 | | | |
| Grade C: 10-15点 | | | |

(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。