

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(新規)

フリガナ			性別	生年月日(年齢)																																										
患者氏名			男・女	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:)																																													
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																																													
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="4">Child-Pugh 分類</th> </tr> <tr> <th>Score</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>脳症</td> <td>なし</td> <td>Grade1-2</td> <td>Grade 3-4</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td>なし</td> <td>軽度</td> <td>中等度</td> </tr> <tr> <td>Bil (mg/dl)</td> <td>< 2.0</td> <td>2.0-3.0</td> <td>> 3.0</td> </tr> <tr> <td>Alb (g/dl)</td> <td>> 3.5</td> <td>2.8-3.5</td> <td>< 2.8</td> </tr> <tr> <td>PT(%)</td> <td>> 70%</td> <td>40-70%</td> <td>< 40%</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Grade A: 5-6点</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Grade B: 7-9点</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Grade C: 10-15点</td> </tr> </tbody> </table>						Child-Pugh 分類				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			
Child-Pugh 分類																																														
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																																														
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 3. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類B及びC																																													
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. マヴィレット配合錠(1・2・3~6型) 3. エプクルーサ配合錠(1・2・3~6型) 4. 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 □□□□□□□□)																																													
医療機関名及び所在地	記載年月日 令和 年 月 日 医師氏名																																													

(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。