

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 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"/> 自抗体検査 <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	<p>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。)</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: KIU/ml、LogIU/ml、その他_____ ) (測定方法:TMA法・PCR法・その他( ))</p> <p>(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。)</p> <p>※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)</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>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<sup>2</sup></p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: )</p> <p>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</p>				
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	<p>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)</p> <p>3. マヴィレット配合錠(1・2・3~6型) 4. エプクルーサ配合錠(1・2・3~6型)</p> <p>5. その他(具体的に記載: )</p> <p>治療予定期間 8・12・24 週 (令和 年 月 ~ 令和 年 月)</p>				
治療上の問題点					
診断書作成に係る資格の確認	<p>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</p> <p><input type="checkbox"/>1. 日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p><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 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> )</p>				
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。

Score	1	2	3
脳症	なし	Grade 1-2	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			