

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) 大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)
患者住所 〒 電話番号 ( )	前医 (あれば記載すること)	医療機関名 医師名
陽性結果	1. 陽性結果の把握の時期 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年より前 <input type="checkbox"/> 不明 2. 陽性結果を把握した健診等 <input type="checkbox"/> 自治体の健診 <input type="checkbox"/> 職場の健診 <input type="checkbox"/> 入院・検査時 <input type="checkbox"/> その他	
診断年月	昭和・平成 年 月	本助成制度の利用歴 ■本助成制度の利用歴 1. あり 2. なし 有効期間: 年 月 ~ 年 月
過去の治療歴	該当する項目にチェックしてください。また、チェックした場合、( )のこれまでの治療内容の該当項目を○で囲んでください。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)単独療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)+リバビリン併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン、リバビリン+プロテアーゼ阻害剤(薬剤名: ) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> 治療歴なし 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり(薬剤名: ) (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> 治療歴なし 3. 肝硬変の治療薬の投与の状況 [ ]	
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入してください。 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: 、測定法 ) (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。) (ア) セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ 1 (イ) セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ 2 (ウ) 上記のいずれにも該当しない(ジェノタイプ: ) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) (1) AST IU/l (2) ALT IU/l (3) ヘモグロビン g/dl (4) 血小板数 /ul (5) プロトロンビン活性値 % (INR: ) (6) 血清アルブミン値 g/dl (7) 総ビリルビン mg/dl (8) クレアチニン値 mg/dl (9) eGFR (ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) 3. 画像診断の所見 (1) MRI撮影(EOB造影)又は造影CT撮影(検査日: 年 月 日)(必須) (所見: ) (2) 上部消化管内視鏡検査(検査日: 年 月 日)(必須) (所見: ) 4. 身体所見 (診察日: 年 月 日) (1) 腹水 ( ない・少量・中等量 ) (2) 脳症 ( ない・軽度・ときどき昏睡 ) ※該当するものを○で囲む。 5. Child-Pugh 点 分類 A・B・C (点数を記入し、該当するものを○で囲む。)*Child-Pugh分類B又は分類Cに限る。 6. (インターフェロンフリー治療歴がある場合) その他の検査(検査日: 年 月 日) 今までに耐性変異測定等を行っている場合は、その旨を記入してください。 [ ]	
診断	■診断 <input type="checkbox"/> C型非代償性肝硬変	
肝がんの合併	■肝がんの合併 (該当番号等を○で囲んでください。) 1. あり (治療中・治療後) 2. なし	
治療内容	■治療内容 <input type="checkbox"/> ソホスビル/ペルパタスビル 配合剤 ■治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月)	
治療上の問題点		
(〒)所在地	記載年月日 年 月 日	
医療機関名	医師氏名 印	
電話番号	印 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医(インターフェロンフリー治療歴がない場合)	
	■インターフェロンフリー治療歴がある場合は、該当する口欄にレ点を入れてください。 → <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医で、埼玉県様式第2号の9を添付している医師	

※この診断書に記載できるのは、日本肝臓学会肝臓専門医に限られます。ただし、インターフェロンフリー治療歴がある場合は、①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、②他の日本肝臓学会肝臓専門医で、埼玉県様式第2号の9を添付している医師のみに限られます。

- (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. 検査所見「2. 血液検査」から「6. その他の検査」は、記載日前3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りますので、ご注意ください。