

肝炎インターフェロン治療診断書(新規)

ふりがな				性別	生年月日(年齢)		
患者氏名				男・女	年 月 日(満 歳)		
住所	〒 (電話 - - )						
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>C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。</p> <p>1. 3剤併用療法(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)の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法(ペグIFN+リバビリン+プロテアーゼ阻害剤)の治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由 )</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: )</p> <p><input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。</p>						
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HBs抗原( + ・ - )</p> <p>(2) HBe抗原( + ・ - ) HBe抗体( + ・ - )</p> <p>(3) HBV-DNA定量 (単位: ・ 測定法: )</p> <p>2. 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>3. 血液検査(検査日: 年 月 日)</p> <p>A S T IU/l (施設の基準値: ~ )</p> <p>A L T IU/l (施設の基準値: ~ )</p> <p>血小板数 / <math>\mu</math> l (施設の基準値: ~ )</p> <p>4. 画像診断および肝生検などの所見(具体的に記載すること。) (検査日: 年 月 日)</p> <p>[ ]</p>						
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。)</p> <p>3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)</p>						

患者氏名 ( ) の2枚目

肝がん の合併	肝がん 1. あり ( A. 現在 B. 過去 ) 2. なし
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロン $\alpha$ 製剤 2. インターフェロン $\beta$ 製剤 3. ペグインターフェロン製剤 4. リバビリン製剤 5. その他 (具体的に記載: )  治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月)
治療上の 問題点	
医療機関住所  名称  (TEL - - )  診療科名  医師氏名 印  (直前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いずれかにチェックが必要 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 消化器病学会専門医  記載年月日 : 年 月 日	

(注意事項)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6ヶ月以内 (ただし、インターフェロン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、認定できないことがありますので、ご注意ください。