

肝炎インターフェロン治療診断書（2回目の制度利用）

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	<p>当該する項目にチェックする。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>①これまでの治療において、十分量のペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース</p> <p>②これまでの治療において、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース</p> <p>(2) 過去の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>(3) 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こと。</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 _____ / μ 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>						

患者氏名 () の2枚目

診 断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)
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 α 製剤 2. インターフェロン β 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：) 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。