

B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療診断書

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>該当する項目にチェックする。</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。</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. 血液検査 (検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)</p> <p>A S T _____ I U / l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>A L T _____ I U / 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>3. 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。)</p> <p>(検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)</p> <p>[ _____ ]</p>						

患者氏名 ( ) の2枚目

診 断	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B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. ペグインターフェロン製剤単独 2. 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  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。