

# 肝炎インターフェロンフリー治療診断書 (新規)

※インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療再治療の場合は、再治療の様式 (様式第2号の6) をご使用ください。

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	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法 (中止 ・ 再燃 ・ 無効) イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤 (薬剤名: ) 3剤併用療法 (中止 ・ 再燃 ・ 無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載: )																																									
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入すること。  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) 上記のいずれも該当しない (ジェノタイプ検査データがある場合は記載: _____)  2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) A S T _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) A L T _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血 小 板 数 _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____)  その他の血液検査所見 (必要に応じて記載) [ _____ ]  3. (肝硬変症の場合) Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1 点</th> <th>2 点</th> <th>3 点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値 (g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間 (%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値 (mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table>							結果	施設基準値	1 点	2 点	3 点	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値 (g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間 (%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値 (mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超
	結果	施設基準値	1 点	2 点	3 点																																					
肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)																																					
腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																					
アルブミン値 (g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																																					
プロトロンビン時間 (%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																																					
総ビリルビン値 (mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																																					
合計: _____ 点 ( A ・ B ・ C ) (該当する方を○で囲む)																																										

患者氏名 ( ) の2枚目

検査所見	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)
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。) ※Child-Pugh分類Aに限る 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。) ※Child-Pugh分類BおよびCに限る 3. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。) ※Child-Pugh分類BおよびCに限る
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	インターフェロンフリー治療 1. 治療方法 (下記のいずれかの治療法にチェックする) 【セロタイプ1、あるいはジェノタイプ1】 <input type="checkbox"/> ハーボニー配合錠による治療 (治療予定期間 12週間) <input type="checkbox"/> マヴィレット配合錠による治療 (治療予定期間 8週間*) <input type="checkbox"/> マヴィレット配合錠による治療 (治療予定期間 12週間) <input type="checkbox"/> エプクルーサ配合錠による治療 (治療予定期間 12週間) <input type="checkbox"/> エプクルーサ配合錠による治療 (治療予定期間 24週間) 【セロタイプ2、あるいはジェノタイプ2】 <input type="checkbox"/> ハーボニー配合錠による治療 (治療予定期間 12週間) <input type="checkbox"/> マヴィレット配合錠による治療 (治療予定期間 8週間*) <input type="checkbox"/> マヴィレット配合錠による治療 (治療予定期間 12週間) <input type="checkbox"/> エプクルーサ配合錠による治療 (治療予定期間 12週間) <input type="checkbox"/> エプクルーサ配合錠による治療 (治療予定期間 24週間) 【上記のいずれも該当しない】 <input type="checkbox"/> マヴィレット配合錠による治療 (治療予定期間 12週間) <input type="checkbox"/> エプクルーサ配合錠による治療 (治療予定期間 12週間) <input type="checkbox"/> エプクルーサ配合錠による治療 (治療予定期間 24週間) 2. 使用禁忌の確認 (必ずチェックしてください) <input type="checkbox"/> 上記の治療方法において使用禁忌となる併用薬や、病状がないことを確認した。 治療予定期間 年 月 ~ 年 月 *マヴィレット配合錠による治療の場合、C型慢性肝炎の治療予定期間は8週間とする。なお、C型慢性肝炎に対する前治療歴に応じて治療予定期間を12週間とすることができる。
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 (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. 記載日前6ヶ月以内 (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、**認定できないことがありますので、ご注意ください。**