様式第２号の５

**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。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 性　別 | 生　年　月　日　（　年　齢　） |
|  | 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。□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） ＡＳＴ　　　　　ＩＵ／ｌ（施設の基準値：　　　　　～　　　　　） ＡＬＴ　　　　　ＩＵ／ｌ（施設の基準値：　　　　　～　　　　　）血小板数　　　　　 ／μｌ（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）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 結果 | 施設基準値 | １点 | ２点 | ３点 |
| 肝性脳症 |  |  | □ なし | □ 軽度(Ⅰ・Ⅱ) | □ 昏睡（Ⅲ以上） |
| 腹水 |  |  | □ なし | □ 軽度 | □ 中等度以上 |
| アルブミン値（g/dL） |  | ～ | □ 3.5超 | □ 2.8～3.5 | □ 2.8未満 |
| プロトロンビン時間（％） |  | ～ | □ 70超 | □ 40～ 70 | □ 40未満 |
| 総ビリルビン値（mg/dL） |  | ～ | □ 2.0未満 | □ 2.0～3.0 | □ 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。）　２．代償性肝硬変（Ｃ型肝炎ウイルスによる。）　※Child-Pugh分類A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】　□ハーボニー配合錠による治療　　　　　　　　　　　　　　　　（治療予定期間１２週間）　□マヴィレット配合錠による治療　　　　　　　　　　　　　　　（治療予定期間　８週間＊）　□マヴィレット配合錠による治療　　　　　　　　　　　　　　　（治療予定期間１２週間）　□エプクルーサ配合錠による治療　　　　　　　　　　　　　　　（治療予定期間１２週間）　□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】　□ハーボニー配合錠による治療　　　　　　　　　　　　　　　　（治療予定期間１２週間）　□マヴィレット配合錠による治療　　　　　　　　　　　　　　　（治療予定期間　８週間＊）　□マヴィレット配合錠による治療　　　　　　　　　　　　　　　（治療予定期間１２週間）　□エプクルーサ配合錠による治療　　　　　　　　　　　　　　　（治療予定期間１２週間）　□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】　□マヴィレット配合錠による治療　　　　　　　　　　　　　　　（治療予定期間１２週間）　□エプクルーサ配合錠による治療　　　　　　　　　　　　　　　（治療予定期間１２週間）　□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）　**□**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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＴＥＬ　　　－　　　－　　　　）名　　称診療科名　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　（いずれかにチェックが必要）　　　　　　　　　　　　　　　□　日本肝臓学会肝臓専門医　　　　　　　　　　　　　　　□　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。**