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。**