様式第４号－２

**２回目の制度利用申請用**

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 | |  | | 性 別 | | 生年月日（年齢） |
| 男　・　女 | | 明・大・昭・平  年　　　月　　　日生（満　　　　歳） |
| 住　　所 | | 郵便番号  電話番号　　　　　（　　　　） | | | | |
| 診断年月 | | 年　　　　　月 | 前医  （あれば記載する。） | | 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。  １　Ｂ型慢性活動性肝炎の場合  □　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た。  □　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。  ２　Ｃ型慢性肝炎またはＣ型代償性肝硬変の場合  (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  　□　以下の①、②のいずれにも該当しない。  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及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。  ②　これまでの治療において、ペグインターフェロン及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。  　(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  　　□　３剤併用療法の治療歴なし。  　　□　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。  　　　　（具体的な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　(3)　インターフェロンフリー治療歴  　　□　インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  　　□　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。 | | | | |
| 検　　査　　所　　見 | 今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。  １　Ｂ型肝炎ウイルスマーカー　　（検査日：　　　　年　　月　　日）　　（注）１、２参照   1. HBs抗原　（ ＋ ・ － ） 2. HBe抗原　（ ＋ ・ － ） HBe抗体　（ ＋ ・ － ） 3. HBV-DNA定量　　　　　　（単位：　　　　　、測定法　　　　　　　　　）   ２　Ｃ型肝炎ウイルスマーカー　　（検査日：　　　　年　　月　　日）　　（注）１、２参照   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　１ａ，１ｂ  イ）　セロタイプ（グループ）２、あるいはジェノタイプ　２ａ，２ｂ  ３　血液検査　（検査日：　　　　年　　月　　日）　　（注）１、２参照  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：　　　　～　　　　）  ４　画像診断及び肝生検などの所見（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）　　　（注）１、２参照  　（検査方法）　　　　　　　　　　　　（所見） | | | | | |

（様式第４号－２　インターフェロン治療診断書（２回目）ウラ面）

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　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製剤単独  ２　インターフェロンβ製剤単独  ３　ペグインターフェロン製剤単独  ４　インターフェロンα製剤＋リバビリン製剤  ５　インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤  ６　ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤  ７　その他（具体的に記載　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  治療予定期間　　　　 週　 　　治療開始年月（予定含む）　　　　　　年　　　　月 |
| 診断書記載医師 | （直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリーの場合、以下の項目にチェックが必要です。）  　□　診断書を記載する医師は日本肝臓学会肝臓専門医である。 |
| 治療上の問題点 |  |
| 記載年月日：　　　　年　　月　　日  医療機関名　及び　所在地  医師氏名 | |

（注）

　１　診断書の有効期間は、記載日から起算して３か月以内です。

　２　HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前６か月以内（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は、認定できないことがあるので、ご注意ください。