様式第４号－３

**３回目の制度利用申請用**

肝炎治療受給者証（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）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。  　□　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。 | | | | |
| 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　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：　　　　～　　　　）  ３　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－３　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　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） |
| 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　ペグインターフェロン製剤単独  ２　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 |
| 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。