

診 断	該当番号を○で囲む。 1 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh 分類B及びCに限る
肝がんの合併	肝 が ん 1 あり 2 なし
治療内容	インターフェロンフリー治療(薬剤名:) 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	
診断書記載医師	この診断書の記載には、次のいずれかに該当することが必要です。 該当する項目にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 診断書を記載する医師は山口県が指定する肝炎研修会の受講を修了した日本消化器病学会消化器病専門医である。
上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。 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 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用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。
- 4 本診断書は日本肝臓学会肝臓専門医又は山口県が指定する肝炎研修会の受講を修了した日本消化器病学会消化器病専門医が記載することとする。