

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)の交付申請にかかる診断書

フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
患者氏名		男・女	大昭 平令	年 月 日(満 歳)
住所	電話番号 ()			
診断年月	平成・令和 年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名	
過去の治療歴	<p>該当する項目にチェックする。</p> <input type="checkbox"/> 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	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1.B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs抗原(+-) (検査日:令和 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日:令和 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量_____ (単位: 、測定法) (検査日:令和 年 月 日)</p> <p>2.血液検査(検査日:令和 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3.画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日:令和 年 月 日)</p> <p>[所見]</p>			
診断	<p>該当する項目にチェックする。</p> <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)			
肝がんの合併	<p>肝がん 1. あり 2. なし</p>			
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1.ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>2.その他(具体的に記載してください) ()</p> <p>治療予定期間 週 (令和 年 月 ~ 令和 年 月)</p>			
治療上の問題点				
医療機関名及び所在地	記載年月日 令和 年 月 日			
医師氏名	印			
県記入欄	認定審査欄		自己負担 限度額	甲 乙
	適	否		

(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。