

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ		性別	生年月日(年齢)																																						
患者氏名		男・女	大平昭令	年 月 日 生	(満 歳)																																				
住所	郵便番号 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	該当する項目にチェックする。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。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 ア. ペグインターフェロン及びビリバリン併用療法 (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:) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:)(中止・再燃・無効)																																								
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日:令和 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:令和 年 月 日) AST _____ U/L (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ U/L (施設の基準値: ~ ~) 血小板 _____ /uL (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. Child-Pugh分類 (検査日:令和 年 月 日) 該当する□にチェックを入れる <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: ___ 点 (A・B・C)(該当する方を○で囲む) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日:令和 年 月 日) (所見:)						結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超
	結果	施設基準値	1点	2点	3点																																				
肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)																																				
腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																				
アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																																				
プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																																				
総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																																				
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 (令和 年 月 ~令和 年 月) (インターフェロンフリー治療歴のある場合) 肝炎患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の意見書の添付(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(本診断書の作成医師が拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医のため)																																								
治療上の問題点																																									
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。																																									
医療機関名及び所在地																																									
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 <input type="checkbox"/> 診断書作成医師届を提出した医師																																									
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	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. 記載日前6か月以内(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は認定できないことがあるので、ご注意ください。