

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・3剤併用療法)の  
交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 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	

治療の種別	治療歴等	
B型慢性肝疾患に対する治療		
<input type="checkbox"/> インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要	1. あり 2. なし 1. あり 2. なし
C型慢性肝疾患に対する治療		
<input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴	1. インターフェロンフリー治療の治療歴なし。 2. インターフェロンフリー治療の治療歴あり。(薬剤名: ) <input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 3剤併用療法を除くインターフェロン治療	1. 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)の治療歴なし。 2. 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。 (具体的に記載: )	
<input type="checkbox"/> テラプレビル(プロテアーゼ阻害剤)を用いた3剤併用療法	1. 治療歴なし(C型慢性肝疾患初回治療例) 2. 治療歴あり (「2. 治療歴あり」に○をした場合)これまでの治療内容(該当項目を○で囲む) ア.ペグインターフェロン及びリバビリン製剤併用療法(中止・再燃・無効) イ.他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法(中止・再燃・無効)(薬物名: ) ウ.上記以外の治療 (具体的に記載: )(中止・再燃・無効)	
<input type="checkbox"/> シムプレビル(プロテアーゼ阻害剤)を用いた3剤併用療法	1. 治療歴なし(C型慢性肝疾患初回治療例) 2. 治療歴あり (「2. 治療歴あり」に○をした場合)これまでの治療内容(該当項目を○で囲む) ア.ペグインターフェロン及びリバビリン製剤併用療法(中止・再燃・無効) イ.他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法(中止・再燃・無効)(薬物名: ) ウ.上記以外の治療 (具体的に記載: )(中止・再燃・無効)	
<input type="checkbox"/> パニプレビル(プロテアーゼ阻害剤)を用いた3剤併用療法	1. 治療歴なし(C型慢性肝疾患初回治療例) 2. 治療歴あり (「2. 治療歴あり」に○をした場合)これまでの治療内容(該当項目を○で囲む) ア.ペグインターフェロン及びリバビリン製剤併用療法(中止・再燃・無効) イ.他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法(中止・再燃・無効)(薬物名: ) ウ.上記以外の治療 (具体的に記載: )(中止・再燃・無効)	

検査所見 →裏面(注)2.に基づき記入してください。

	インターフェロン・核酸アナログ製剤治療開始前のデータ	直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要)
1. B型肝炎ウイルスマーカー及び血液検査	(検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)	(検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)
(1) HBs抗原	( + ・ - )	( + ・ - )
(2) HBe抗原	( + ・ - )	( + ・ - )
HBe抗体	( + ・ - )	( + ・ - )
(3) HBV-DNA定量	(単位: _____、測定法 _____)	(単位: _____、測定法 _____)
(4) 血液検査	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: _____ ~ _____)	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: _____ ~ _____)
2. C型肝炎ウイルスマーカー及び血液検査	今回のインターフェロン治療開始前の該当する所見を記入する。 (検査日: 年 月 日)	
※ヘモグロビンについては、テラプレビルを用いた3剤併用療法の場合のみ記入する。	(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____ ) (2) ウイルス型(該当する方にチェックを入れる。) <input type="checkbox"/> セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 <input type="checkbox"/> セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2	
	(3) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ヘモグロビン _____ g/dl (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)	

