

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

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	〒 - TEL ()		
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。 <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 (+・-) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日)</p> <p>HBe抗体 (+・-) (該当する方を○で囲む)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____LogIU/ml または _____Logコピー/ml (Real time PCR法によること)</p> <p>(検査日: 年 月 日)</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____IU/l</p> <p>ALT _____IU/l</p> <p>血小板数 _____万/μl</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見(特記すべきものがあれば)(検査日: 年 月 日)</p> <p>(所見) ※具体的に記載</p>		
診断	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 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 (治療中 制御) 2. なし		
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: _____)</p> <p>治療予定期間 _____週 (年 月~ 年 月)</p>		
治療上の問題点			
上記のとおり診断します。		記載年月日 年 月 日	
医療機関名及び所在地			
医師氏名		(医師自署)	
下記の該当する項目にチェックをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 専門医療機関 <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			

(注)

- この診断書は、専門医療機関または日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が記載してください。
- 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。
- 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。
- 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。
- 肝がんの治療中の方は公費助成の対象外です。