

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	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生	(満 歳)																																																		
住所等	郵便番号 — 住所 () 電話番号 ()																																																						
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師氏名																																																				
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。(ありにチェックした場合、これまでの治療内容について記載する) ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法(中止・再燃・無効) イ. ペグインターフェロン、リバビ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:)(中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(チェックした場合、これまでの治療内容について記載する) (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: 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: 年 月 日) AST _____ U/L (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ U/L (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ L (施設の基準値: _____ ~ _____) 3. Child-Pugh分類(検査日: 年 月 日) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>(単位)</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) 肝性脳症</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> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2) 腹水</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> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3) アルブミン値</td> <td>(g/dL)</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> <td></td> <td>(~)</td> </tr> <tr> <td>(4) プロトロンビン時間</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> <td></td> <td>(~)</td> </tr> <tr> <td>(5) 総ビリルビン値</td> <td>(mg/dL)</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> <td></td> <td>(~)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">合計:</td> <td>_____点</td> <td colspan="3">(Child-Pugh分類: A・B・C)</td> <td colspan="2">※該当する方を○で囲む。</td> </tr> </tbody> </table> 4. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) 診断法: (腹部エコー・CT・MRI・その他()) 所見: (具体的に記載)						(単位)	1点	2点	3点	結果	施設基準値	(1) 肝性脳症	—	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)			(2) 腹水	—	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上			(3) 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		(~)	(4) 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		(~)	(5) 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		(~)	合計:		_____点	(Child-Pugh分類: A・B・C)			※該当する方を○で囲む。	
	(単位)	1点	2点	3点	結果	施設基準値																																																	
(1) 肝性脳症	—	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)																																																			
(2) 腹水	—	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																																			
(3) 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		(~)																																																	
(4) 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		(~)																																																	
(5) 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		(~)																																																	
合計:		_____点	(Child-Pugh分類: A・B・C)			※該当する方を○で囲む。																																																	
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(治療後も含む)																																																						
治療内容	該当番号を○で囲む。 1 ソホスビル/ベルパタスビル配合剤による治療 2 その他(具体的に記載:) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)																																																						
治療上の問題点																																																							
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日																																																				
(チェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 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. 治療開始予定月前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。
4. この診断書を作成する医師は原則として日本肝臓学会肝臓専門医ですが、患者に特別の事情があり、専門医を受診できない場合には最寄りの保健所にご相談ください。