様式３－１

ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）医療受給者証の交付申請に係る診断書

〔インターフェロン治療：□新規　□2回目の制度利用　□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〕

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	（和暦）　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）	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。 1．C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合 （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 □ 3剤併用療法の治療歴なし。 □ 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。 （具体的な経過・理由：　） （2）インターフェロンフリー治療歴 □ インターフェロンフリー治療歴なし。 □ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　） □ 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。 （2回目の制度利用の場合は以下の事項を上記に併せて記載してください。） 1．B型慢性活動性肝炎の場合 □ これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。 2．C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合（過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴） □ 以下の①、②のいずれにも該当しない。 ①これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース ②これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース （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場合は以下の事項を記載してください。） □ 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	今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1．B型肝炎ウイルスマーカー （1） HBs抗原 （＋・－）（検査日：　年　月　日） （2） HBe抗原 （＋・－） HBe抗体 （＋・－）（検査日：　年　月　日） （3） HBV-DNA定量 ＿＿＿（単位：　測定法　）（検査日：　年　月　日） 2．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 3．血液検査 （検査日：　年　月　日） 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：＿＿＿～＿＿＿） 4．画像診断及び肝生検などの所見 （検査日：　年　月　日） （所見：　）		
診断	該当番号を○で囲む。 1．慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる） 2．慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） 3．代償性肝硬変 （C型肝炎ウイルスによる）		
肝がんの合併	肝がん　1．あり　2．なし		
治療内容	該当番号を○で囲む。 1．インターフェロンα製剤単独 2．インターフェロンβ製剤単独 3．ペグインターフェロン製剤単独 4．インターフェロンα製剤＋リバビリン製剤 5．インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤 6．ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤 7．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			

記載年月日　年　月　日

医療機関名及び所在地

（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要）

□ 日本肝臓学会肝臓専門医　　□ 日本消化器病学会消化器病専門医

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．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。
4．該当する「□」欄にチェックしてください。