様式３－３

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

〔インターフェロンフリー治療： □新規　□再治療〕

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） （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.（2）及び2. にチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を〇で囲む。
1. インターフェロン治療歴
□（1） インターフェロン治療歴なし。
□（2） 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：

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：　年　月　日）
　（1） HCV-RNA定量 ＿＿＿ （単位：　、測定法　）
　（2） ウイルス型（該当する項目を〇で囲む。）
　　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　＿＿＿ IU／l　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
　ALT　＿＿＿ IU／l　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
　血小板　＿＿＿ ／ul　（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）
（所見：　）

診断

該当番号を〇で囲む。
1. 慢性肝炎　（C型肝炎ウイルスによる）
2. 代償性肝硬変 （C型肝炎ウイルスによる） ※Child-Pugh分類Aに限る
3. 非代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる） ※Child-Pugh分類B、Cに限る

該当する□にチェックを入れる	結果	施設基準値	1点	2点	3点
肝性脳症			□ なし	□ 軽度（Ⅰ・Ⅱ）	□ 昏睡（Ⅲ以上）
腹水			□ なし	□ 軽度	□ 中等度以上
アルブミン値（g/dL）		～	□ 3.5超	□ 2.8～3.5	□ 2.8未満
プロトロンビン時間（%）		～	□ 70超	□ 40～70	□ 40未満
総ビリルビン値（mg/dL）		～	□ 2.0未満	□ 2.0～3.0	□ 3.0超

合計：＿＿ 点
（ A・B・C ）

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　（　年　月 ～　年　月）

再治療について

（再治療による申請の場合、以下「□」欄にチェックしてください。）
□ 以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。

⇩

インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。
□ 肝疾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
□ 他の日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医で、別紙意見書を添付する医師(様式3-4)

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

（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. 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。
4. 該当する「□」欄にチェックしてください。