

(必要な検査所見等)

肝疾患診療連携拠点病院以外の医療機関→各都道府県の拠点病院

過去のインターフェロンフリー治療

治療期間	平成 年 月～ 年 月
治療内容	(薬剤名:)

過去のプロテアーゼ阻害剤＋インターフェロン治療の有無

治療内容	なし・テラプレビル・シメプレビル・バニプレビル
------	-------------------------

直近の検査結果

AST	
ALT	
血小板数	

耐性変異を測定している場合はその結果

耐性変異測定方法	
NS3及びNS5A耐性変異 (すべて列挙ください)	NS3: NS5A:

次に予定している治療法と時期

再治療予定時期	平成 年 月～ 年 月
治療予定内容	(薬剤名:)

治療上の問題点(再治療の必要性等について記載してください。)

--

平成 年 月 日

医師氏名:

印

医療機関名: