

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			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			男・女	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	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. 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 _____ / μ l (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	1. あり(治療中) 2. なし(肝がん治癒後も含む)				
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. ペグインターフェロン製剤単独 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	
				医師氏名 印	

(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。