

インターフェロン治療受給者証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	明昭 大平 年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
診断年月	昭和・平成 年 月	前 医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名
	○過去の医療費助成給付の有無(有・無) <過去の治療歴>		
検査所見	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 (検査日: 平成 年 月 日) (1) HBs抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (該当する方を○で囲む) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む) 3. 血液検査 (検査日: 平成 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: _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する) (検査日: 平成 年 月 日)		
診断	該当番号を○で囲む 1. HBe抗原陽性で、かつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2. HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 3. C型代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)		
肝がんの合併	肝がん 1. なし 2. あり (治療中・治療後)		
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. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 6. その他(具体的に記載してください。) 治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)		
治療上の問題点			
記載年月日 平成 年 月 日 医療機関名及び所在地			
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. 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。