

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	<p>インターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>(1) HBs抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む)</p> <p>(2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (該当する方を○で囲む)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(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)</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>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)</p>				
診断	<p>該当番号を○で囲む</p> <p>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)</p> <p>2. HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3. C型代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)</p>				
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	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独</p> <p>2. インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>5. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>6. その他(具体的に記載してください。)</p> <p>治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>				
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。