様式第２－10号

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療）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　（　）		
受診の契機	１ 市町村が実施する肝炎検査　２ 保健所が実施する肝炎検査　３ 献血　４ 出前検査 ５ 人間ドック・健康診断　６ 医療機関無料検査　７ その他（　）		
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。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。
- □ 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：　）
- □ 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 _____ U／L （施設の基準値：_____～_____）
   ALT _____ U／L （施設の基準値：_____～_____）
   血小板 _____ ／uL （施設の基準値：_____～_____）
   その他の血液検査所見（必要に応じて記載）
   （　）

3. Child-Pugh分類 （検査日：　年　月　日）

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 ）（該当する方を〇で囲む）

4. 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. 非代償性肝硬変 （C型肝炎ウイルスによる） ※Child-Pugh分類B及びCに限る
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）
本診断書を作成する医師	インターフェロンフリー治療歴のある場合、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都道府県が適当と定める医師で、別紙意見書を添付している医師
治療上の問題点	

上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。

記載年月日　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、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. 都道府県が指定する医師とは、岡山県では肝炎一次専門医療機関の基準を満たす医師として届けている医師のことです。

H31.4改訂