様式2－2　　R4.4.1改正後

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（2回目の制度利用）

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）
郵便番号 住　所 電話番号	（　　）		
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。
1. B型慢性活動性肝炎の場合
　□ これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。

2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合
（1）過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴
　□ 以下の①、②のいずれにも該当しない。
　　①これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース
　　②これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース
（2）過去の3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）の治療歴
　□ 3剤併用療法の治療歴なし。
　□ 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。
　（具体的な経過・理由：　　）
（3）インターフェロンフリー治療歴
　□ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　　）
　□ 直近の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。

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。**（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。）**
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 ＿＿＿ （検査日：　　年　　月　　日）
　（単位：Meq/ml・LGE/ml・Logコピー/ml・cpm、測定法:TMA法、・PCR法）
ウイルス型（Ａ・Ｂ・Ｃ・D・その他　　）（検査日：　　年　　月　　日）**※可能ならば、一度測定してください。**

2. 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 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。）
　※測定してある場合は、ジェノタイプを記載してください（　　型）

3. 血液検査 （検査日：　　年　　月　　日）
　AST ＿＿＿ IU／l
　ALT ＿＿＿ IU／l
　血小板 ＿＿＿ 万／ul
　ヘモグロビン ＿＿＿ g／dl
　総ビリルビン ＿＿＿ mg／dl
　血清アルブミン ＿＿＿ g／dl
　プロトロンビン活性 ＿＿＿ %（INR：　　）
　クレアチニン ＿＿＿ mg／dl
　eGFR ＿＿＿ ml／分／1.73㎡

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○で囲む。
1. 慢性肝炎　（B型肝炎ウイルスによる）　　2. 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる）
3. 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. あり　2. なし

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. インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤　　6. ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤
7. その他（具体的に記載：　　）

治療予定期間　24 ・ 36 ・ 48　週　（令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月）

医療機関名及び所在地　　記載年月日 令和　　年　　月　　日

医師氏名

（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。