

肝炎インターフェロンフリー治療診断書（再治療）

（非代償性肝硬変を除く。）

ふりがな		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年 月 日（満 歳）
住 所	〒 (電話 - -)		
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. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (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○で囲む) ア. ペグインターフェロンおよ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:) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> 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こと。 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○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) A S T _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) A L T _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血 小 板 数 _____ / μ l (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. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載すること。) (検査日: 年 月 日) (_____) 4. (任意項目) HCV薬剤耐性変異検査 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 耐性変異なし <input type="checkbox"/> 耐性変異あり (_____) ※検査を実施している場合は記載をしてください。検査の実施は任意です。 ※混合診療にならないようご注意ください。		

患者氏名 () の2枚目

診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。)</p> <p>2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。) ※Child-Pugh分類Aに限る (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)</p> <p>※セロタイプ2のヴィキラックス配合錠およびレベトールカプセル併用療法の助成対象はC型慢性肝炎の治療をされている方です。</p>
肝がんの合併	<p>肝がん 1. あり (A. 現在 B. 過去) 2. なし</p>
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療</p> <p>1. 治療方法 (下記のいずれかの治療法にチェックする)</p> <p>【セロタイプ1、あるいはジェノタイプ1】</p> <p><input type="checkbox"/>ダクラタスビルおよびアスナプレビル併用療法 (治療予定期間 24 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>ハーボニー配合錠による治療 (治療予定期間 12 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>ヴィキラックス配合錠による治療 (治療予定期間 12 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>エレルサ錠およびグラジナ錠併用療法 (治療予定期間 12 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>ジメンシー配合錠による治療 (治療予定期間 12 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>マヴィレット配合錠による治療 (治療予定期間 8 週間*)</p> <p><input type="checkbox"/>マヴィレット配合錠による治療 (治療予定期間 12 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>エプクルーサ配合錠による治療 (治療予定期間 24 週間)</p> <p>【セロタイプ2、あるいはジェノタイプ2】</p> <p><input type="checkbox"/>ソホスブビルおよびリバビリン併用療法 (治療予定期間 12 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>ヴィキラックス配合錠およびレベトールカプセル併用療法 (治療予定期間 16 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>マヴィレット配合錠による治療 (治療予定期間 8 週間*)</p> <p><input type="checkbox"/>マヴィレット配合錠による治療 (治療予定期間 12 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>ハーボニー配合錠による治療 (治療予定期間 12 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>エプクルーサ配合錠による治療 (治療予定期間 24 週間)</p> <p>【上記のいずれも該当しない】</p> <p><input type="checkbox"/>ソホスブビルおよびリバビリン併用療法 (治療予定期間 24 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>マヴィレット配合錠による治療 (治療予定期間 12 週間)</p> <p><input type="checkbox"/>エプクルーサ配合錠による治療 (治療予定期間 24 週間)</p> <p>2. 使用禁忌の確認 (必ずチェックしてください)</p> <p><input type="checkbox"/>上記の治療方法において使用禁忌となる併用薬や、病状がないことを確認した。</p> <p>治療予定期間 年 月 ~ 年 月</p> <p>*マヴィレット配合錠による治療の場合、C型慢性肝炎の治療予定期間は8週間とする。なお、C型慢性肝炎に対する前治療歴に応じて治療予定期間を12週間とすることができる。</p>
本診断書を作成する医師	<p>インターフェロンフリー治療の再治療の場合、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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医または各治療別の診断書記載医師の要件を満たす医師で、別紙意見書を添付している医師</p>
治療上の問題点	<p>上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。</p>
医療機関住所 名称 診療科名 (いずれかにチェックが必要)	<p>住所 (TEL - -)</p> <p>名称</p> <p>診療科名 医師氏名 印</p> <p>【ダクラタスビルおよびアスナプレビル併用療法の場合】</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器病学会専門医かつ講習会受講</p> <p>【その他のインターフェロンフリー治療の場合】</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器病学会専門医</p> <p>記載年月日 : 年 月 日</p>

(注意事項)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
2. 記載日前6ヶ月以内 (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、認定できないことがありますので、ご注意ください。