

【 記載例 】

新規

様式第4号-4

肝炎治療受給者証（ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル）の交付申請に係る診断書

ふりがな 患者氏名	やまぐち はなこ 山口 花子		性別	生年月日（年齢）
			男・ <input checked="" type="radio"/> 女	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭・平 〇〇年 〇月〇〇日生（満 60 歳）
住 所	郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 山口県宇部市〇〇 1-1-1 電話番号 0836 (〇〇) 〇〇〇〇			
診断年月	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成 △ 年 △ 月	前医 （あれば記 載する。）	医療機関名 医師名	
過去の治療歴	<p>該当する方にチェックする。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 治療歴なし（初回治療例）</p> <p><input type="checkbox"/> 2 治療歴があるが、これまでに3剤併用療法を受けていない。</p> <p>（2にチェックした場合）前回の治療内容</p> <p>ア ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法で再燃</p> <p>イ ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法で無効</p> <p>ウ 上記以外の治療</p> <p>（具体的に記載 _____）</p>			
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1 C型肝炎ウイルスマーカー（検査日：平成23年12月5日）</p> <p>(1) HCV-RNA 定量 <u>6.0</u>（単位：logIU/ml，測定法 RT-PCR）</p> <p>(2) ウイルス型（該当する方を○で囲む。）</p> <p><u>セロタイプ（グループ）1</u> ・ セロタイプ（グループ）2</p> <p>2 血液検査（検査日：平成23年12月5日）</p> <p>AST <u>40</u> IU/l（施設の基準値：<u>12</u> ~ <u>34</u>）</p> <p>ALT <u>50</u> IU/l（施設の基準値：<u>5</u> ~ <u>43</u>）</p> <p>ヘモグロビン <u>14.0</u> g/dl（施設の基準値：<u>14</u> ~ <u>18</u>）</p> <p>血小板数 <u>15.0</u> /μl（施設の基準値：<u>15</u> ~ <u>40</u>）</p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見（検査日：平成23年12月5日）</p> <p>腹部エコー：慢性肝炎</p>			
診 断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p><input checked="" type="radio"/> 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。）</p>			

I型・高ウイルス量であることを確認

肝がんの合併	肝 が ん 1 あり ② なし	
治療内容	ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (平成 24 年 1 月 ~ 平成 24 年 6 月)	
治療実施医療機関	(以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。) <input checked="" type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input checked="" type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。	
連携する皮膚科専門医	医療機関名 山口大学医学部附属病院	医師名 皮膚科 次郎
治療上の問題点	特になし <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold;">皮膚科専門医が直筆で署名</div>	
3剤併用療法の効果・副作用等について患者に説明し、副作用が発現した場合には、上記皮膚科専門医と連携し対応します。 記載年月日：平成 24 年 1 月 10 日 医療機関名 及び 所在地 山口大学医学部附属病院 山口県宇部市南小串1-1-1 医師氏名 肝臓 太郎 肝臓 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold;">肝臓専門医が直筆で署名・捺印</div>		

(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、3剤併用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 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。