

**B型・C型ウイルス肝炎インターフェロン治療医療費助成に係る診断書(新規・2回目・3回目)**

B型又はC型ウイルス肝炎のインターフェロン治療のための医療保険診療の患者負担額を助成する制度です。他の疾患(例えば、糖尿病や骨折など)の診療や医療保険外の診療は助成の対象外です。

以下の内容は、東京都指定肝臓専門医療機関の肝臓専門医が記入してください。

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 ( )				
診断年月	年 月	前 医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名		
発見契機 (新規のみ)	該当する□をチェックする <input type="checkbox"/> 住民検診 <input type="checkbox"/> 職場検診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 妊娠時(妊婦検診) <input type="checkbox"/> 術前検査(手術・観血的検査) <input type="checkbox"/> 献血・ドナー登録時 <input type="checkbox"/> 有症状受診・肝機能障害を疑う症状や肝疾患の診療中 <input type="checkbox"/> その他の疾患で治療中(外傷含む) <input type="checkbox"/> その他( )				
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 <b>(B型ウイルス肝炎(新規・2回目・3回目)は1、3、4を、C型ウイルス肝炎(新規・2回目)は2、3、4を記入してください。)</b>				
	1 B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日 ) (1) HBs抗原( + ・ - ) (該当する方を○で囲む) (2) HBe抗原( + ・ - ) HBe抗体( + ・ - ) (該当する方を○で囲む) (3) HBV-DNA定量 _____ logcopy/ml ・ LGE/ml ・ その他( ) (該当単位を○で囲む) (測定法 : _____ ) (4) これまでの治療				
			1 投与なし	2 投与した	
	(2回目のみ) ペグインターフェロン製剤の投与				
	(3回目のみ) インターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)の投与を受け、その後ペグインターフェロン製剤の投与		1 投与なし	2 投与した	
	2 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日 ) (1) HCV-RNA定量 _____ LogIU/ml ・ KIU/ml ・ その他( ) (該当単位を○で囲む) (測定法 : リアルタイムPCR法、その他 ( )) (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) (判明していれば記載する ジェノタイプ _____ ) (3) これまでの治療				
	十分量の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3剤併用療法の24週投与		1 投与なし	2 中断	2 投与した
	「2 中断」に○をした場合の具体的な経過・理由( )				
	ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の72週投与		1 投与なし	2 投与した	
	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		1 投与なし	2 投与した	
「2 投与した」に○をした場合↓ 治療開始後36週目までにHCV-RNAが陰性化				ア 陰性化しない イ 陰性化した	
インターフェロンフリー治療歴		1 なし	2 あり(薬剤名 _____ )		
3 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____ ) ALT _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____ ) 血小板数 _____ ×10 <sup>4</sup> /μl (施設の基準値 _____ ~ _____ )					
4 画像診断、肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)					

