

C型肝炎ウイルスインターフェロンフリー治療(非代償性肝硬変を除く)医療費助成に係る診断書(新規)

C型肝炎ウイルスのインターフェロンフリー治療(インターフェロンを用いない経口抗ウイルス薬治療)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	該当する□をチェックする ☐ 住民検診 ☐ 職場検診 ☐ 人間ドック ☐ 妊娠時(妊婦検診) ☐ 術前検査(手術・観血的検査) ☐ 献血・ドナー登録時 ☐ 有症状受診・肝機能障害を疑う症状や肝疾患の診療中 ☐ その他の疾患で治療中(外傷含む) ☐ その他()				
過去の 治療歴	該当する項目を○で囲む 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、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法(中止 ・ 再燃 ・ 無効) (薬剤名: シメプレビル ・ バニプレビル) ※どちらかを○で囲む ウ. 上記以外の治療(具体的に記載してください)				
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 _____ 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 (該当する項目を○で囲む) セロタイプ(グループ)1 ・ セロタイプ(グループ)2 ・ 左記のいずれも該当しない (判明していれば記載する ジェノタイプ _____) 2 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 ⁴ /μl (施設の基準値 _____ ～ _____) 3 画像診断、肝生検などの所見 (検査日:平成 年 月 日) _____				
診 断	下記の診断であることを確認の上、□をチェックする ☐ C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎 ☐ C型肝炎ウイルスによる代償性肝硬変 Child-Pugh 分類 (A)				
肝がんの合併 (申請日現在)	該当する番号を○で囲む 肝がん 1 あり 2 なし(過去に肝がんの治療をし、現在合併していないものも含む)				
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)				
治療上の 問題点					

