

C型ウイルス肝炎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剤併用療法医療費助成に係る診断書()※()内に新規又は再治療のいずれか記入

C型ウイルス肝炎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(テラプレビル、シメプレビル、バニプレビル)3剤併用療法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(テラプレビルを用いた治療の場合は認定基準※2を満たす医療機関)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	昭和 平成 年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
診断年月	昭和・平成 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 <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()		
過去の 治療歴	該当する番号を○で囲む 1. 抗ウイルス治療(インターフェロン、インターフェロンフリー)歴なし(未治療) 2. 抗ウイルス治療歴あり (上記 2に○をした場合)これまでの治療内容(ア.~カ.は該当するものを○で囲む。複数選択可。) 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、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法(中止・再燃・無効) ウ. ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビル3剤併用療法(中止・再燃・無効) エ. ペグインターフェロン、リバビリン及びバニプレビル3剤併用療法(中止・再燃・無効) オ. インターフェロンフリー治療 ※助成対象外(薬剤名) カ. 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: 平成 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 _____) 2 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____) ヘモグロビン _____ g/dl (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) _____		

