

過去のインターフェロン治療の実施歴

過去の3剤併用療法の治療歴(いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 3剤併用療法(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)の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、副作用等により十分量の24週投与を投与が行われなかった。(具体的な経過・理由:) ※「十分量の24週投与が行われなかった」にチェックが入った場合、経過・理由をもとに審査を行います。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがある。(十分量の24週投与が行われた)
--------------------------	--

【直近の治療実施歴】

実施時期	昭和・平成 年 月
実施医療機関	導入治療を行った医療機関名 () 導入治療後の治療を行った医療機関名 ()
実施時の診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)
治療の内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα 製剤単独 2. インターフェロンβ 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα 製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ 製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤+テラプレビルによる3剤併用療法 8. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤+シメプレビルによる3剤併用療法 9. その他(具体的に記載してください。() 治療期間 週 (平成 年 月～平成 年 月) 上記治療内容が「6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤」の場合、以下について該当するものがあれば□にチェックを入れる。 <input type="checkbox"/> これまでの治療において、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週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケースではない。 <input type="checkbox"/> これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケースではない。
3剤併用療法の再治療について	上記治療内容が7. 3剤併用療法に該当する場合はチェックが必要。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴があるが、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断する。
転帰	<input type="checkbox"/> 終了【再燃・無効・不明】 <input type="checkbox"/> 中断(理由:)
特記事項	

【上記以外の治療歴】 ※ある場合は記載してください。

実施時期	昭和・平成 年 月
実施医療機関	導入治療を行った医療機関名 () 導入治療後の治療を行った医療機関名 ()
実施時の診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)
治療の内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα 製剤単独 2. インターフェロンβ 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα 製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ 製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください。() 治療期間 週 (平成 年 月～平成 年 月)
転帰	<input type="checkbox"/> 終了【再燃・無効・不明】 <input type="checkbox"/> 中断(理由:)
特記事項	