

## 肝疾患インターフェロン治療効果判定報告書

平成 年 月 日

担当医師が必要事項を記載の上、当てはまるボックスにチェックを入れてください。  
治療終了時とは、インターフェロン最終投与時を意味します。

整理番号

性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
IFN治療期間	開始日:平成 年 月 日 ~ 終了日:平成 年 月 日			
IFN治療歴	<input type="checkbox"/> 初回治療 <input type="checkbox"/> 再治療			
診断名	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変(判明していれば <input type="checkbox"/> F0 <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4			
使用薬剤	IFN種類	<input type="checkbox"/> IFN (天然型) <input type="checkbox"/> IFN 2b <input type="checkbox"/> IFN コン1	<input type="checkbox"/> IFN <input type="checkbox"/> PEG IFN 2a <input type="checkbox"/> PEG IFN 2b	併用薬剤 <input type="checkbox"/> リバビリン <input type="checkbox"/> ( )

治療開始時、治療終了時、効果判定時(治療終了から概ね6ヶ月後)の結果について  
B型肝炎は1、3、5を記入、C型肝炎は2、3、4、5を記入してください。

## 1 B型肝炎ウイルスマーカー

治療開始時 (検査日:平成 年 月 日) HBe抗原  +  - HBe抗体  +  -  
HBV DNA定量 \_\_\_\_\_ 単位 \_\_\_\_\_

治療終了時 (検査日:平成 年 月 日) HBe抗原  +  - HBe抗体  +  -  
HBV DNA定量 \_\_\_\_\_ 単位 \_\_\_\_\_

効果判定時 (検査日:平成 年 月 日) HBe抗原  +  - HBe抗体  +  -  
HBV DNA定量 \_\_\_\_\_ 単位 \_\_\_\_\_

## 2 C型肝炎ウイルスマーカー

Serotype  1  2  判別不能 (Genotype判明していれば  a  b  a  b  )  
ウイルス陰性化時期 (検査日:平成 年 月 日)

治療開始時 (検査日:平成 年 月 日) HCV RNA定量 \_\_\_\_\_ 単位  LogIU/ml  KIU/ml

治療終了時 (検査日:平成 年 月 日) HCV RNA定量 \_\_\_\_\_ 単位  LogIU/ml  KIU/ml

効果判定時 (検査日:平成 年 月 日) HCV RNA定量 \_\_\_\_\_ 単位  LogIU/ml  KIU/ml

## 3 血液検査

治療開始時 (検査日:平成 年 月 日) AST \_\_\_\_\_ IU/L ALT \_\_\_\_\_ IU/L 血小板 \_\_\_\_\_  $10^4$ /ul

治療終了時 (検査日:平成 年 月 日) AST \_\_\_\_\_ IU/L ALT \_\_\_\_\_ IU/L

効果判定時 (検査日:平成 年 月 日) AST \_\_\_\_\_ IU/L ALT \_\_\_\_\_ IU/L

## 4 ウイルス学的判定

- 著効(投与終了6ヶ月後もHCV RNA陰性を持続)
- 再燃(投与終了時はHCV RNA陰性であったがその後再陽性化)
- 無効(投与期間を通じてHCV RNAは陰性化しなかった)

## 5 インターフェロン治療について

( IFNやリバビリンの減量が行われても根治目的の治療が終了した場合は投与完遂、それ以外を投与中止とする)

- 投与完遂(予定治療完了)  投与中止(予定治療中断)  副作用による中止  
 副作用以外による中止

の詳細  倦怠感  食欲不振  貧血  精神神経症状  網膜症  
 脳出血  間質性肺炎  血小板減少  
 その他( \_\_\_\_\_ )

の詳細 (例;肝がんの発生、骨折、事故、その他(仕事の都合、経済的事情等))

( \_\_\_\_\_ )

## 肝疾患インターフェロン治療効果判定報告書

診断書作成担当医師による記載をお願いします。

熊本県知事 様

下記の者に係る治療効果判定について、表面に記載のとおり相違ないので報告いたします。

医療機関名

医師氏名

印

患者氏名(フリガナ): \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

患者住所 \_\_\_\_\_