（様式第２号の４　関連文書）

H31.3改正

**意見書に必要な検査所見等（患者登録票）**

（肝疾患診療連携拠点病院以外の医療機関→各都道府県の拠点病院）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者ID | 患者氏名 | 性別 | 生年月日 | 住所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |  |  |

※診断書記載医は、枠内をご記入ください。

**１　過去のインターフェロンフリー治療**

|  |  |
| --- | --- |
| 治療期間 | 　　　　　年　　月～　　年　　月 |
| 治療内容 | 　薬剤名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**２　過去のプロテアーゼ阻害剤+インターフェロン治療の有無**

|  |  |
| --- | --- |
| 治療内容 | なし・テラプレビル・シメプレビル・バニプレビル |

**３　検体提出の必要条件**

|  |  |
| --- | --- |
| Serogroup、 あるいはGenotype | ・Serogroup 1 , Genotype 1a, Genotype 1b・Serogroup 2 , Genotype 2a, Genotype 2b・ Genotype 1b |
| HCV RNAが3.0 Log IU/mL以上である | Yes ・ No （3.0未満では変異が測定できません） |

**４　直近の検査結果**

|  |  |
| --- | --- |
| AST |  |
| ALT |  |
| 血小板数 |  |

**５　LSI以外で耐性変異を測定している場合**

（LSIでの再検は不要です。結果を下記に記載いただくか、結果のコピーをお送りください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 耐性変異測定方法 |  |
| NS3・NS5A・NS5Bの耐性変異（すべて列挙ください） | NS3：NS5A：NS5B： |

**６　次に予定している治療法と時期**

|  |  |
| --- | --- |
| 再治療予定時期 | 　　　　　年　　月～　　年　　月 |
| 治療予定内容 | 　薬剤名：  |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医師氏名 | ㊞ |

　　　　　年　　月　　日