

インターフェロンフリー治療再投与のための診療情報提供書

宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター

*枠内をわかる範囲で記入してください

患者氏名：	性別：男性・女性
-------	----------

生年月日：	年	月	日
-------	---	---	---

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：				

結果
再燃
無効
中止

② 前回治療前のHCV-RNAについて

HCV-RNA定量	
Genotype	1型(a, b) 2型(a, b)

③ 直近の検査結果

AST	IU/l
ALT	IU/l
血小板	$\times 10^3/\mu\text{l}$

④ 肝癌発症の有無

なし	あり（治療後）
----	---------

⑤ 耐性変異を測定している場合

検査日	年	月
-----	---	---

結果：

耐性変異なし

耐性変異あり（変異があったものをすべて列挙ください）

⑥ 次に予定している治療と時期

治療期間	年	月	～	年	月
治療内容	薬剤名：				

医療機関名：	
医師名：	