**必要な検査所見等**

（肝疾患診療連携拠点病院以外の医療機関用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 性別 | 生年月日（年齢） |
|  | 男・女 | 明 昭大 平 | 年　　　月　　　日生（満　　歳） |

|  |  |
| --- | --- |
| ウイルス型 | セログループ１・セログループ２ジェノタイプ１ａ・１ｂ・２ａ・２ｂ・その他（　　　　　　） |
| 過去のインターフェロンフリー治療歴 | 複数回あれば、すべて記入してください。 |
|  | 治療内容 | （薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）平成・令和　　　　　年　　　　月　～平成・令和　　　　　年　　　　月 |
| 治療期間 |
|  | 治療内容 | （薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）平成・令和　　　　　年　　　　月　～平成・令和　　　　　年　　　　月 |
| 治療期間 |
|  | 治療内容 | （薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）平成・令和　　　　　年　　　　月　～平成・令和　　　　　年　　　　月 |
| 治療期間 |

1. **過去の治療期間中の検査成績**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 投与前（検査日：　　　　　　） | 終了時（検査日：　　　　　　） | 終了後+６か月（検査日：　　　　　　） |
| AST | IU/L | IU/L | IU/L |
| ALT | IU/L | IU/L | IU/L |
| HCV-RNA | IU/L | IU/L | IU/L |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 投与前（検査日：　　　　　　） | 終了時（検査日：　　　　　　） | 終了後+６か月（検査日：　　　　　　） |
| AST | IU/L | IU/L | IU/L |
| ALT | IU/L | IU/L | IU/L |
| HCV-RNA | IU/L | IU/L | IU/L |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 投与前（検査日：　　　　　　） | 終了時（検査日：　　　　　　） | 終了後+６か月（検査日：　　　　　　） |
| AST | IU/L | IU/L | IU/L |
| ALT | IU/L | IU/L | IU/L |
| HCV-RNA | IU/L | IU/L | IU/L |

1. **次に予定されている治療法と時期**

|  |  |
| --- | --- |
| 再治療予定期間 | 令和　　　　　年　　　　月　～　　　　　年　　　　月 |
| 治療予定内容 | （薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**※裏面に続く**

**3　薬剤耐性変異**

（1）確認が必要な薬剤耐性変異**（ジェノタイプ１ａ，１ｂの場合）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬剤耐性変異 | 確認の有無 | 確認日 | 確認有りの場合の結果 |
| NS5A　P32欠損 | 有　　無 |  |  |
| NS5A　Y93変異 | 有　　無 |  |  |
| NS5A　L31変異 | 有　　無 |  |  |

**未確認の場合は、広島大学病院で検査を実施しますので御相談ください。**

（相談窓口：広島大学病院　肝疾患相談室　082-257-1541）

**4　現在の検査所見**（検査日：　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AST | IU/L | HCV-RNA | LogIU/mL |
| ALT | IU/L | eGFR | mL/分/1.73㎡ |
| 血小板数 | ×10/㎣ | 総ビリルビン | ㎎/dL |
| Alb | g/dl | PT | ％ |
| AFP | ng/mL |  |  |

**5　画像診断**（検査日：　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| CT・MRI・腹部エコー・その他（　　　　　　　　　　　）所見 |

令和　　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　あ

医　指　名：　　　　　　　　　　　　　　㊞