

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・パニプレビル
------	-------------------------

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
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：

年 月 日

医療機関名	
医師氏名	(印)