

健康状態報告書

(医師記入用)

記入要領

1. この報告書は、発症者健康管理手当の受給者が担当医師に前年度から今年度にかけての健康状態を記入していただき、**本人記入の生活状況報告書とともに8月1日から31日までの間に提出してください。受診日等のご事情により、期限内に提出できない場合は、受診後速やかにご提出ください。**
2. 現況届（様式第3号）のご提出があれば、本人記入の生活状況報告書と医師記入の健康状態報告書を提出しなかった場合でも発症者健康管理手当は支給されます。しかしながら、治療の長期化に伴う皆様をめぐる生活面での課題を把握し、今後の支援策の検討につなげるために皆様の生活状況の調査をするという本調査の趣旨にかんがみ、ぜひとも回答にご協力くださるようお願いいたします。
3. 担当医師が以下の4期分の調査対象期間の健康状態を記入してください。
2023年度調査対象期間〔Ⅲ期（10～12月/2023）、Ⅳ期（1～3月/2024）〕
2024年度調査対象期間〔Ⅰ期（4～6月/2024）、Ⅱ期（7～9月/2024）〕
4. 各項目のあてはまる全ての□にチェック（√）を入れ、（ ）には該当する事項を記入してください。
5. その他参考になることがあれば、備考欄に記入してください。
6. 通院がなかった、あるいは検査未実施等の事情により、4期分すべての健康状態を記入できない場合は、可能な範囲の記入で結構です。但し、その旨を備考欄に記入してください。
7. 当事業（本報告書の基礎疾患）における二次感染・三次感染は以下のとおりです。
・二次感染者：配偶者その他これに準ずる者
・三次感染者：母子感染した子
8. 記入事項の訂正については、二重線を引く等、訂正したことが分かれば結構です（訂正印は不要です）。

患者の氏名		男・女	生年月日	年	月	日
医療機関の名称						
住 所（〒 - ）						
電話番号 （ - - ）						
医師氏名						
【医師の印鑑（認印）は不要です。】						
診療科名						
備 考						

A. 基礎疾患と肝炎等の状況

基 礎 疾 患	<input type="checkbox"/> 血友病A <input type="checkbox"/> 血友病B <input type="checkbox"/> von Willebrand病 <input type="checkbox"/> 二次感染 <input type="checkbox"/> 三次感染 <input type="checkbox"/> その他（ ）			血 圧	／ mmHg	
肝炎等の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	腹部画像検査の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
H B s - 抗 原	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 不明			H C V - 抗体	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 不明	
H C V - R N A	<input type="checkbox"/> TaqMan法 [() Log IU/mL <input type="checkbox"/> 検出せず] <input type="checkbox"/> 未検査					
血 小 板 数	()×10 ⁴ /mm ³ <input type="checkbox"/> 未検査			P I V K A - II	()mAU/mL <input type="checkbox"/> 未検査	
ALT (GPT)	()IU/L <input type="checkbox"/> 未検査			A F P	()ng/mL <input type="checkbox"/> 未検査	
T.bil	()mg/dL <input type="checkbox"/> 未検査			肝 移 植 歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
ア ル ブ ミ ン	()g/dL <input type="checkbox"/> 未検査			クレアチニン	()mg/dL <input type="checkbox"/> 未検査	
プロトロンビン	PT活性% ()% <input type="checkbox"/> 未検査			e G F R	()mL/分/1.73m ² <input type="checkbox"/> 未検査	
骨密度	測定部位 ()			シスタチンC	()mg/L <input type="checkbox"/> 未検査	
	YAM ()% <input type="checkbox"/> 未検査					
脳 血 管 疾 患 の 有 無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他の脳血管疾患					
虚 血 性 心 疾 患 の 有 無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他の虚血性心疾患					
悪性新生物(肝以外)の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 肝癌以外の悪性新生物 (部位:)					
そ の 他 の 疾 患 の 有 無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 関節症 <input type="checkbox"/> その他 ()					

肝移植歴以外は、本年度の状況を記入してください。血圧は左に上（収縮期）を、右に下（拡張期）を記入してください。
HCV-RNA定量・血小板数・ALT（GPT）・T.bil値・アルブミン値・プロトロンビン値・骨密度値・PIVKA-II値・AFP値・クレアチニン値・eGFR値・シスタチンC値については、**単位にご注意のうえ**（ ）に測定値を記入してください。

B. 検査の実施状況		2023年度		2024年度	
		Ⅲ期（10～12月）	Ⅳ期（1～3月）	Ⅰ期（4～6月）	Ⅱ期（7～9月）
検査実施年月日		(2023/ /)	(2024/ /)	(2024/ /)	(2024/ /)
期間中の診察の有無		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
期間中のCD4値検査の有無		<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査
CD4値（ /μL ）		()	()	()	()
CD4/CD8比		()	()	()	()
期間中のHIV-RNA量検査の有無		<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査
HIV-RNA量の検査法		<input type="checkbox"/> TaqMan法	<input type="checkbox"/> TaqMan法	<input type="checkbox"/> TaqMan法	<input type="checkbox"/> TaqMan法
HIV-RNA量		()	()	()	()
* 単位は「コピー/mL」でご記入ください。（例：4.3×10 ³ →4300コピー/mL）。		コピー/mL	コピー/mL	コピー/mL	コピー/mL
		<input type="checkbox"/> 検出限界未満	<input type="checkbox"/> 検出限界未満	<input type="checkbox"/> 検出限界未満	<input type="checkbox"/> 検出限界未満
		()コピー/mL未満	()コピー/mL未満	()コピー/mL未満	()コピー/mL未満
* 検査結果が検出限界未満の場合には、その検出限界値も併せてご記入ください。		<input type="checkbox"/> 検出せず	<input type="checkbox"/> 検出せず	<input type="checkbox"/> 検出せず	<input type="checkbox"/> 検出せず

各期ごとに、検査の実施状況等を記入してください。

D. C型肝炎治療薬の投与状況 一般名（主な商品名）	2023 年度		2024 年度	
	Ⅲ期（10～12月）	Ⅳ期（1～3月）	I 期（4～6月）	Ⅱ期（7～9月）
0. 投与なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ソホスブビル/レジパスビル配合剤 （ハーボニー）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. リバビリן （コペガス/レベトール）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. グレカブレビル水和物・ビブレンタスビル配合剤 （マヴィレット）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ソホスブビル/ベルタパスビル配合錠 （エブクルーサ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他（一般名： （商品名：）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

各期ごとに、投与したC型肝炎治療薬の□にチェック（√）してください。C型肝炎治療薬の投与がない場合は「0. 投与なし」にチェックしてください。また、それ以外の薬剤を投与した場合は、その他の（ ）に薬剤名を記入してください。

E. 副作用の発現状況	2023 年度		2024 年度	
	Ⅲ期（10～12月）	Ⅳ期（1～3月）	I 期（4～6月）	Ⅱ期（7～9月）
0. なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. 嘔気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 血尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. しびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 中枢神経症状（ふらつき、めまい、不眠など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. リポジストロフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 黄疸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

各期ごとに、発現した副作用の□にチェック（√）してください。副作用の発現がない場合は、「0. なし」にチェックしてください。また、それ以外の副作用が発現していた場合は、その他の（ ）に副作用名を記入してください。