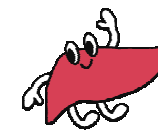


# C型肝炎 3 剤併用療法スケジュールシート



患者様氏名	
性別	
生年月日	昭和 年 月 日

ウイルスセロタイプ	1b	インターフェロン名	
ウイルス量		リバビリン名	
		公費助成	有 ・ 無

回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目
日時	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
医療機関	茨城医療センター	茨城医療センター	茨城医療センター	茨城医療センター				茨城医療センター
インターフェロン量								
リバビリン量								
シメプレビル量								
回数	9回目	10回目	11回目	12回目	13回目	14回目	15回目	16回目
日時	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
医療機関				茨城医療センター				茨城医療センター
インターフェロン量								
リバビリン量								
シメプレビル量								
回数	17回目	18回目	19回目	20回目	21回目	22回目	23回目	24回目
日時	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
医療機関				茨城医療センター				茨城医療センター
インターフェロン量								
リバビリン量								
シメプレビル量								