

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

| | | | | | | |
|--------------|--------|-----|----------|---|---|------------|
| ふりがな 患者氏名 | | 性別 | 生年月日(年齢) | | | |
| | | 男・女 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日生(満 歳) |
| 住 所 | 郵便番号 〒 | | — | | | |
| | | | 電話番号 () | | | |

埼玉県肝炎治療特別促進事業実施要綱 別紙1 認定基準(抜粋)

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。

なお、インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用療法及びペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記のうち、初回治療の場合は、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書(初回)」を作成すること。ただし、埼玉県が適当と認める医師が作成してもよい。

※3 上記のうち、再治療の場合は、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書(再治療)」を作成すること。

1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目についても満たしている必要があります。

- ✓上記の埼玉県肝炎治療特別促進事業実施要綱における認定基準を確認した。
- ✓日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ✓ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2. 本意見書を記載する医師が適切であると判断する場合に限り、以下にチェックの上返信して下さい。

この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。

記載年月日 平成 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

- (注) 1. 本意見書の有効期限は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。