

肝炎治療受給者証(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)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)	
住所	〒 () 電話番号 ()		前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名	
診断年月	昭和・平成 年 月	本助成制度の 利用歴	■本助成制度の利用歴 1. あり 2. なし 有効期間: 年 月 ~ 年 月		
過去の 治療歴	該当する項目にチェックしてください。また、チェックした場合、()のこれまでの治療内容の該当項目を○で囲んでください。 1. インターフェロン治療歴あり <input type="checkbox"/> 治療歴あり <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)単独療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)+リバビリン併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン、リバビリン+プロテアーゼ阻害剤(薬剤名: _____) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> 治療歴なし 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> 治療歴なし				
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入してください。 1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ 1・セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ 2 2. 血液検査(検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ /ul 3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 平成 年 月 日) (所見: _____)				
診断	■診断(該当項目にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型代償性肝硬変				
肝がんの 合併	■肝がんの合併(該当番号等を○で囲んでください。) 1. あり(治療中・治癒後) 2. なし				
治療内容	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 プロテアーゼ阻害剤薬品名(テラプレビル・シムプレビル・パコプレビル)(該当する項目を○で囲む) 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療実施 医療機関 について	(テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設 又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。				
治療上の 問題点					
所在地	(〒 -)		記載年月日 平成 年 月 日		
医療機関名					
電話番号			医師氏名	印	
■該当する口欄にレ点→ を入れてください。		<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 埼玉県肝炎医療研修会受講修了者(受講者番号: 第 - 号)			

※この診断書に記載できるのは、テラプレビルを含む3剤併用療法の診断書の記載を除き①日本肝臓学会肝臓専門医、②埼玉県肝炎医療研修会受講修了者のいずれかの医師のみに限られます。ただし、インターフェロンフリーに係る治療歴がある場合は、①日本肝臓学会肝臓専門医に限ります。

(注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。
 4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとします(副作用治療は除く。)
 5. 埼玉県肝炎医療研修会とは、埼玉県が肝疾患診療連携拠点病院に委託して実施する肝炎医療研修会のことをいいます。

【インターフェロン治療に係る認定基準】

1. C型肝炎ウイルス関連

(1) 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について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記のうち、1(2)に係る治療歴のある場合は、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、上記の基準を満たし、かつ、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース

② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース

※3 上記のうち、インターフェロンフリー治療歴がある場合は、助成の申請にあたっては、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」を作成してください。

(2) 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剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で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による3剤併用療法を行う予定、又は治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの

※1 上記については、上記1(1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法については、日本皮膚科学会皮膚科専門医(日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。)と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。

※4 上記のうち、インターフェロンフリー治療歴がある場合は、助成の申請にあたっては、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」を作成してください。