

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(初回)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)		
			男・女	大・昭・平	年 月 日生	(満 歳)
患者住所	〒		前医 (あれば記載 すること)	医療機関名		
	電話番号 ( )			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 <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(該当する項目を○で囲む。) (ア) セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ 1 (イ) セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ 2 (ウ) 上記のいずれにも該当しない(ジェノタイプ: _____) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) (1) AST _____ IU/l (2) ALT _____ IU/l (3) ヘモグロビン _____ g/dl (4) 血小板数 _____ /ul (5) プロトロンビン活性値 _____ % (INR: _____) (6) 血清アルブミン値 _____ g/dl (7) 総ビリルビン _____ mg/dl (8) クレアチニン値 _____ mg/dl (9) eGFR _____ (ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) 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: _____) 4. (肝硬変の場合)身体所見 (診察日: 平成 年 月 日) (1) 腹水 (ない・少量・中等量) (2) 脳症 (ない・軽度・ときどき昏睡) ※該当するものを○で囲む。 5. (肝硬変の場合)Child-Pugh _____ 点 分類 A・B・C (点数を記入し、該当するものを○で囲む。)					
診断	■診断(該当する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 ※Child-Pugh分類Aに限る。					
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・治療後) 2. なし					
治療内容	■治療内容(該当する項目にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> ダクラタスビル及びアスナプレビル 併用療法 <input type="checkbox"/> レジパスビル/ソホスブビル 配合錠 <input type="checkbox"/> オムビタスビル水和物/パリタプレビル水和物/トリパテール 配合剤 <input type="checkbox"/> エルバスビル及びグラソプレビル 水和物 併用療法 <input type="checkbox"/> ダクラタスビル塩酸塩/アスナプレビル/ベクラブビル塩酸塩 配合錠 <input type="checkbox"/> ソホスブビル及びリバビリン 併用療法 <input type="checkbox"/> オムビタスビル水和物/パリタプレビル水和物/トリパテール配合剤及びリバビリン 併用療法 ■治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)					
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□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) (経口二剤受講番号: 第 _____ 号)				
※この診断書に記載できるのは、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(平成25年度以前受講者は「経口二剤を用いた肝炎医療に関する研修会」受講修了者)のいずれかの医師のみに限られます。						

(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. 検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、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. 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。

## 【インターフェロンフリー初回治療に係る認定基準】

### 1. C型慢性肝疾患

#### (1) 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療法を行う予定、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治療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、診断書(初回)を作成できる医師は、日本肝臓学会肝臓専門医又は埼玉県肝炎医療研修会受講修了者(平成25年度以前受講者修了者は「経口二剤を用いた肝炎医療に関する研修会」受講修了者)のいずれかに限られる。

※3 インターフェロンフリー再治療の場合は、埼玉県様式2号の7を使用すること。