

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(再治療)

フリガナ			性別	生年月日(年齢)		
患者氏名			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 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)					
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 ²) 3. その他の検査(検査日: 平成 年 月 日) 今までに耐性変異測定等を行っている場合は、その旨を記入してください。 [_____] 4. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 平成 年 月 日) (所見: _____) 5. (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。 6. (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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 治療内容(該当する項目にチェックしてください。「その他の薬剤」の場合は、薬剤名及び理由を記入してください。) <input type="checkbox"/> レジパスビル/ソホスブビル配合錠 <input type="checkbox"/> その他の薬剤(薬剤名: _____)(理由: _____) <input checked="" type="checkbox"/> 治療予定期間 _____ 週(平成 年 月 ~ 平成 年 月)					
治療上の 問題点						
上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。 (〒 _____) _____ 記載年月日 平成 年 月 日 所在地 _____ 医療機関名 _____ 電話番号 _____ 医師氏名 _____ 印 _____ <input checked="" type="checkbox"/> 該当する□欄にレ点→ を入れてください。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医で、埼玉県様式第2号の8を添付している医師						
※この診断書に記載できるのは、①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、②他の日本肝臓学会肝臓専門医で、埼玉県様式第2号の8を添付している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。

【インターフェロンフリー再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、再治療の場合は、診断書(再治療)を作成することができるのは、日本肝臓学会肝臓専門医に限られる。
- ※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以外の医師においては、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の再治療の適正に関する判断を踏まえることとなっており、申請に際しては、診断書(再治療)に、「インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書」(埼玉県様式2号の8)を添付すること。
- ※4 初回治療の場合は、埼玉県様式2号の6を使用すること。