

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目・3回目)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)	
			男・女	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	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	<p>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。</p> <p>1. B型慢性肝炎の場合</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p>2. C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(1)インターフェロン治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 治療歴あり</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない</p> <p>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の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</p> <p>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</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 治療歴なし</p> <p>(2)インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 治療歴あり(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効・ブレイクスルー)</p> <p><input type="checkbox"/> 治療歴なし</p>				
検査所見	<p>※今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入してください。 1又は2と3は必須項目です。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)</p> <p>■HBs抗原(+・-) ■HBe抗原(+・-) ■HBe抗体(+・-)</p> <p>■HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) 該当する方を○で囲んでください。</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)</p> <p>■HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) 該当するセロタイプ等を○で囲んでください。</p> <p>■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</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>■AST _____ IU/l ■ALT _____ IU/l ■血小板数 _____ /μl</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)</p> <p>(所見: _____)</p>				
診断	<p>■診断(該当項目にチェックしてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> B型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型代償性肝硬変</p>				
肝がんの合併	<p>■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</p>				
治療内容及び期間	<p>■治療内容(該当番号を○で囲んでください。)(B型慢性肝炎の場合は3のみが対象)</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7. その他(具体的に記載してください。) 2と6の組み合わせ等は、7その他に治療スケジュールを記載してください。</p> <p>{ _____ }</p> <p>■治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月) 必須項目です。</p>				
治療上の問題点					
所在地	(〒 _____)		記載年月日 年 月 日		
医療機関名			医師氏名 印		
電話番号					
■該当する□欄にレ点を 入れてください。→	<p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p><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)</p>				
<p>※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。</p> <p>(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。</p> <p>2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン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。</p> <p>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。</p> <p>4. 埼玉県肝炎医療研修会とは、埼玉県が肝炎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。</p>					

インターフェロン治療に係る医療費助成 (2回目の制度利用)の認定基準

※本助成事業において2回目の助成を受けることができる要件は、以下のとおりです。

1 B型肝炎の場合

B型肝炎の場合は、助成対象は2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

なお、肝がんの合併のないものであること。

2 C型肝炎又はC型代償性肝硬変の場合

以下①～③のいずれにも該当しない場合

- 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ビリバ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ビリバリン併用療法による72週投与が行われたケース
- ③ 肝がん合併のあるもの

※1 3剤併用療法(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)治療歴のある場合、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りません。

※2 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。