

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱	島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱
<p>第1～第4 (略)</p>	<p>第1～第4 (略)</p>
<p>第5 受給資格の認定申請</p> <p>1 実施要綱第4に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別紙様式第1号による肝炎治療受給者証交付申請書（以下「交付申請書」という。）に別紙様式第2号から第2号の7による肝炎治療受給者証の交付申請に係る医師の診断書、別紙様式第2号の8による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意見書（必要な場合に限る）、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含む。以下同じ。)の課税年額を証明する書類の写しを添えて、居住地を管轄する保健所長（以下「所管保健所長」という。）を経由して知事に提出するものとする。</p>	<p>第5 受給資格の認定申請</p> <p>1 実施要綱第4に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別紙様式第1号による肝炎治療受給者証交付申請書（以下「交付申請書」という。）に別紙様式第2号から第2号の9による肝炎治療受給者証の交付申請に係る医師の診断書、別紙様式第2号の10による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意見書（必要な場合に限る）、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含む。以下同じ。)の課税年額を証明する書類の写しを添えて、居住地を管轄する保健所長（以下「所管保健所長」という。）を経由して知事に提出するものとする。</p>
<p>2、3、4 (略)</p>	<p>2、3、4 (略)</p>
<p>第6～第18 (略)</p>	<p>第6～第18 (略)</p>
<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。</p> <p>2 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。</p> <p>3 この要綱は、平成23年9月26日から施行する。</p> <p>4 この要綱は、平成23年12月26日から施行する。</p> <p>5 この要綱は、平成24年6月1日から施行する。</p> <p>6 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。</p> <p>7 この要綱は、平成25年12月4日から施行する。</p> <p>8 この要綱は、平成26年11月20日から施行し、平成26年9月2日より適用する。</p> <p>9 この要綱は、平成26年12月26日から施行し、平成26年12月15日より適用する。</p>	<p>附 則 (施行期日)</p> <p>1 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。</p> <p>2 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。</p> <p>3 この要綱は、平成23年9月26日から施行する。</p> <p>4 この要綱は、平成23年12月26日から施行する。</p> <p>5 この要綱は、平成24年6月1日から施行する。</p> <p>6 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。</p> <p>7 この要綱は、平成25年12月4日から施行する。</p> <p>8 この要綱は、平成26年11月20日から施行し、平成26年9月2日より適用する。</p> <p>9 この要綱は、平成26年12月26日から施行し、平成26年12月15日より適用する。</p>

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

<p>10 この要綱は、平成27年7月6日から施行し、ソホスビル及びリバビリン併用療法については平成27年5月20日より、インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンを含む治療については平成27年6月9日よりそれぞれ適用する。</p> <p>11 この要綱は、平成27年9月18日から施行し、平成27年8月31日より適用する。</p> <p>12 この要綱は、平成28年1月4日から施行し、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療については平成27年11月26日より、インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療については平成27年12月1日よりそれぞれ適用する。</p> <p>13 この要綱は、平成28年2月23日から施行し、平成28年3月1日より適用する。ただし、適用日前に交付した受給者証を所持する者の加入している医療保険を変更したときの記載事項変更の申請については、なお従前の例による。</p> <p>14 この要綱は、平成28年3月31日から施行し、平成28年4月1日より適用する。</p> <p>15 この要綱は、平成28年10月3日から施行し、平成28年9月28日より適用する。</p> <p>16 この要綱は、平成28年11月18日から施行する。</p> <p>17 この要綱は、平成29年2月15日から施行する。</p> <p>18 この要綱は、平成29年3月24日から施行する。</p> <p>19 この要綱は、平成29年11月28日から施行し、平成29年11月22日より適用する。</p> <p>20 この要綱は、平成30年4月24日から施行し、平成30年4月1日より適用する。</p> <p>21 この要綱は、平成30年9月21日から施行し、改正後の第15第1項別表3については平成30年6月1日より、第15第3項については平成30年9月1日より適用する。</p> <p>22 この要綱は、平成31年3月28日から施行し、平成31年2月26日より適用する。</p> <p><u>23 この要綱は、令和2年3月27日から施行し、令和2年4月1日より適用する。</u></p>	<p>10 この要綱は、平成27年7月6日から施行し、ソホスビル及びリバビリン併用療法については平成27年5月20日より、インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンを含む治療については平成27年6月9日よりそれぞれ適用する。</p> <p>11 この要綱は、平成27年9月18日から施行し、平成27年8月31日より適用する。</p> <p>12 この要綱は、平成28年1月4日から施行し、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療については平成27年11月26日より、インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療については平成27年12月1日よりそれぞれ適用する。</p> <p>13 この要綱は、平成28年2月23日から施行し、平成28年3月1日より適用する。ただし、適用日前に交付した受給者証を所持する者の加入している医療保険を変更したときの記載事項変更の申請については、なお従前の例による。</p> <p>14 この要綱は、平成28年3月31日から施行し、平成28年4月1日より適用する。</p> <p>15 この要綱は、平成28年10月3日から施行し、平成28年9月28日より適用する。</p> <p>16 この要綱は、平成28年11月18日から施行する。</p> <p>17 この要綱は、平成29年2月15日から施行する。</p> <p>18 この要綱は、平成29年3月24日から施行する。</p> <p>19 この要綱は、平成29年11月28日から施行し、平成29年11月22日より適用する。</p> <p>20 この要綱は、平成30年4月24日から施行し、平成30年4月1日より適用する。</p> <p>21 この要綱は、平成30年9月21日から施行し、改正後の第15第1項別表3については平成30年6月1日より、第15第3項については平成30年9月1日より適用する。</p> <p>22 この要綱は、平成31年3月28日から施行し、平成31年2月26日より適用する。</p>
<p>(別表1)</p> <p>肝炎治療医療費助成事業における認定基準</p> <p>1. (略)</p> <p>2. C型慢性肝疾患</p>	<p>(別表1)</p> <p>肝炎治療医療費助成事業における認定基準</p> <p>1. (略)</p> <p>2. C型慢性肝疾患</p>

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

<p>(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治療について</p> <p>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。</p> <p>※1 上記については、<u>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薬による3剤併用療法</u>に係る治療歴のある場合、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る。</p> <p>※2 (略)</p> <p>※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. <u>(2)</u> にかかる治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。</p> <p><u>(削除)</u></p>	<p>(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治療について</p> <p>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。</p> <p>※1 上記については、<u>2. (2)</u>に係る治療歴のある場合、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る。</p> <p>※2 (略)</p> <p>※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. <u>(3)</u> にかかる治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。</p> <p><u>(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</u></p> <p><u>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、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。</u></p> <p>※1 <u>上記については、2. (1)に係る治療歴の有無を問わない。</u></p> <p>※2 <u>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。</u></p> <p>※3 <u>上記については、直前の抗ウイルス治療として2. (3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。</u></p>
--	---

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

<p><u>(2)</u> インターフェロンフリー治療について</p>	<p><u>(3)</u> インターフェロンフリー治療について</p>
<p>HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）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。</p> <p>※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては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、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、2.（1）及び<u>ペグインターフェロン、リバビリン及びプロアテーズ阻害薬による3剤併用療法</u>に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>※2、3 （略）</p> <p>（別表2）</p> <p>助成期間の延長に係る取扱い</p> <p>1. 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。</p> <p>（1） （略）</p> <p><u>（削除）</u></p> <p><u>(2)</u> 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記の（1）とは _____ 別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。ただし、再治療</p>	<p>HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）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。</p> <p>※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては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、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、2.（1）及び<u>2.（2）</u>に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>※2、3 （略）</p> <p>（別表2）</p> <p>助成期間の延長に係る取扱い</p> <p>1. 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。</p> <p>（1） （略）</p> <p><u>(2) C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）型症例に対する、シメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与することが適切と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。</u></p> <p><u>※ この場合、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。</u></p> <p><u>(3)</u> 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記の（1）<u>または（2）</u>とは別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。ただし、再治療（再</p>

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

<p>(再投与) 及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。</p> <p>1 (1) について (略)</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>参考) (略)</p> <p>別表3 (略)</p>	<p>投与) 及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。</p> <p><u>注) シメプレビル</u>の添付文書中、用法・用量に関連する使用上の注意において、『副作用や治療効果不十分等により本剤を中止した場合には、本剤の投与を再開しないこと』との記載がある。</p> <p>2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。</p> <p>1 (1) について (略)</p> <p><u>1 (2) について</u></p> <p>① <u>これまでの24週以上のインターフェロン治療[(ペグ)インターフェロン製剤単独、リバビリンとの併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法]でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者。</u></p> <p>② <u>または、インターフェロン治療の開始12週後にHCV-RNAが前値(※)の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者。</u></p> <p><u>※ 前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値。</u></p> <p>参考) (略)</p> <p>別表3 (略)</p>
--	---

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(様式第1号)

(表面) (略)

(裏面)

- 申請の際はこの申請書に①～④の書類を添付し、居住地を管轄する保健所に提出してください。
 - ①医師の記載した診断書（別記様式第2号のうち、該当するもの）
 - ②申請者の属する世帯員全員が記載された住民票の写し
 - ※世帯員の19歳未満の税制上の扶養親族が別居している場合は、その扶養親族の住民票も提出ください。
 - ③申請者の属する世帯員全員の市町村民税所得課税証明書（市町村長発行の所得状況及び課税状況を証する書類）
 - ④申請者の氏名が記載された被保険者証の写し

【肝炎治療医療費助成事業における認定基準】

1. B型慢性肝炎

(1) インターフェロン治療について

HBe抗原陽性かつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎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（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において助成対象は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。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝炎患者で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝炎

(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治療について

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 上記については、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薬による3剤併用療法に係る治療歴のある場合、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、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 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. (2)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(削除)

(2) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎患者（C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）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、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみの助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみの助成とする。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、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限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2. (1) 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薬による3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝炎患診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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(様式第1号)

(表面) (略)

(裏面)

- 申請の際はこの申請書に①～④の書類を添付し、居住地を管轄する保健所に提出してください。
 - ①医師の記載した診断書（別記様式第2号のうち、該当するもの）
 - ②申請者の属する世帯員全員が記載された住民票の写し
 - ※世帯員の19歳未満の税制上の扶養親族が別居している場合は、その扶養親族の住民票も提出ください。
 - ③申請者の属する世帯員全員の市町村民税所得課税証明書（市町村長発行の所得状況及び課税状況を証する書類）
 - ④申請者の氏名が記載された被保険者証の写し

【肝炎治療医療費助成事業における認定基準】

1. B型慢性肝炎

(1) インターフェロン治療について

HBe抗原陽性かつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎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（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において助成対象は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。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝炎患者で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝炎

(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治療について

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 上記については、2. (2)に係る治療歴のある場合、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、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 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. (3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(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薬による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薬による3剤併用療法を行う予定、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、2. (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回のみの助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のあるものについては、他のプロテアーゼ阻害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限り、改めて助成の対象とすることができる。

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. (3)に係る治療歴がある場合、助成の申請に当たっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎患者（C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）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、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみの助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみの助成とする。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、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限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2. (1) 及び 2. (2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝炎患診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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(様式第2号)

(別紙様式第2号)			
肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)			
(フリガナ)		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日 (満 歳)
住 所	〒 _____ 電話番号 () _____		
これ以上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
診断年月	年 月	前 医 (あれば記載 する)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1. 3剤併用療法(ペグインターフェロン、リビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分な24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由: _____) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: _____) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		
検査所見	インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. 今回のB型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HBs抗原(+ ・ -) (該当する方を○で囲む) (2) HBe抗原(+ ・ -) HBe抗体(+ ・ -) (該当する方を○で囲む) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) 2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (2) ウイルス型(該当欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 <input type="checkbox"/> その他 3. 血液検査(検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT _____ IU/l) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____~_____) ※血小板数10万/μl以下の場合、肝生検の所見を記載。 4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日) (所見: _____)		
診 断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性活動性肝炎 2. C型慢性肝炎 3. C型代償性肝硬変		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治療後) 2. なし		
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. ペグインターフェロン製剤+リビリン製剤 2. インターフェロンβ製剤+リビリン製剤 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. その他(具体的に記載: _____) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)		
再治療の有無	1. 初回治療 2. 再治療		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日			
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (<input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師) 医師氏名 _____ 印 _____			
(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. 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。 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. 医療費助成期間の始期は、患者がこの診断書を添えて提出した受給者証交付申請書を、保健所が受理した月の初日となりますので、検査日や治療開始日を決められる際にはご注意ください。			

(様式第2号)

(別紙様式第2号)			
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(新規)			
(フリガナ)		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日 (満 歳)
住 所	〒 _____ 電話番号 () _____		
これ以上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
診断年月	年 月	前 医 (あれば記載 する)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1. 3剤併用療法(ペグインターフェロン、リビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分な24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由: _____) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: _____) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		
検査所見	インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. 今回のB型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HBs抗原(+ ・ -) (該当する方を○で囲む) (2) HBe抗原(+ ・ -) HBe抗体(+ ・ -) (該当する方を○で囲む) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) 2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (2) ウイルス型(該当欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 <input type="checkbox"/> その他 3. 血液検査(検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT _____ IU/l) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____~_____) ※血小板数10万/μl以下の場合、肝生検の所見を記載。 4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日) (所見: _____)		
診 断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性活動性肝炎 2. C型慢性肝炎 3. C型代償性肝硬変		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治療後) 2. なし		
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. ペグインターフェロン製剤+リビリン製剤 2. インターフェロンβ製剤+リビリン製剤 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. その他(具体的に記載: _____) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)		
再治療の有無	1. 初回治療 2. 再治療		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日			
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (<input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師) 医師氏名 _____ 印 _____			
(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. 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。 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. 医療費助成期間の始期は、患者がこの診断書を添えて提出した受給者証交付申請書を、保健所が受理した月の初日となりますので、検査日や治療開始日を決められる際にはご注意ください。			

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(様式第2-2)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)			
(フリガナ)	性別	生年月日(年齢)	
患者氏名	男・女	年 月 日(満 歳)	
住 所	〒 _____ 電話番号 () _____		
これ以上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
診断年月	前 医 (あれば記載 する)	医療機関名 医師名	
年 月			
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. B型慢性活動性肝炎の場合 <input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。 2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合 (1)過去のペグインターフェロン及びリビリン併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。 ①これまでの治療において、十分なペグインターフェロン及びリビリン併用療法の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 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ビリン併用療法による72週投与が行われたケース (2)過去の3剤併用療法(ペグインターフェロン、リビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分な24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由: _____) (3)インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: _____) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		
検査所見	今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1)HBs抗原(+-) (検査日: 年 月 日) (2)HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日: 年 月 日) (3)HBV-DNA定量 (単位: _____、測定法 _____) (検査日: 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 (該当欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 <input type="checkbox"/> その他 3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT _____ IU/l) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: _____)		
診 断	該当番号を○で囲む 1. B型慢性活動性肝炎 2. C型慢性肝炎 3. C型代償性肝硬変		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治療後) 2. なし		
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. ペグインターフェロン製剤+リビリン製剤 2. インターフェロン製剤+リビリン製剤 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. その他(具体的に記載: _____) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (<input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師)			
医師氏名	印		
(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. 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。 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. 医療費助成期間の始期は、患者がこの診断書を添えて提出した受給者証交付申請書を、保健所が受理した月の初日となりますので、検査日や治療開始日を決められる際にはご注意ください。			

(様式第2-2)

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回目の制度利用)			
(フリガナ)	性別	生年月日(年齢)	
患者氏名	男・女	年 月 日(満 歳)	
住 所	〒 _____ 電話番号 () _____		
これ以上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
診断年月	前 医 (あれば記載 する)	医療機関名 医師名	
年 月			
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. B型慢性活動性肝炎の場合 <input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。 2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合 (1)過去のペグインターフェロン及びリビリン併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。 ①これまでの治療において、十分なペグインターフェロン及びリビリン併用療法の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 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ビリン併用療法による72週投与が行われたケース (2)過去の3剤併用療法(ペグインターフェロン、リビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分な24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由: _____) (3)インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: _____) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		
検査所見	今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1)HBs抗原(+-) (検査日: 年 月 日) (2)HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日: 年 月 日) (3)HBV-DNA定量 (単位: _____、測定法 _____) (検査日: 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 (該当欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 <input type="checkbox"/> その他 3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT _____ IU/l) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: _____)		
診 断	該当番号を○で囲む 1. B型慢性活動性肝炎 2. C型慢性肝炎 3. C型代償性肝硬変		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治療後) 2. なし		
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. ペグインターフェロン製剤+リビリン製剤 2. インターフェロン製剤+リビリン製剤 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. その他(具体的に記載: _____) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (<input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師)			
医師氏名	印		
(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. 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。 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. 医療費助成期間の始期は、患者がこの診断書を添えて提出した受給者証交付申請書を、保健所が受理した月の初日となりますので、検査日や治療開始日を決められる際にはご注意ください。			

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(別紙様式第2の3)、(別紙様式第2の4)、(別紙様式第2の5) (略)

(削除)

(別紙様式第2の3)、(別紙様式第2の4)、(別紙様式第2の5) (略)

(別紙様式第2の6)

肝炎治療費助成書(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の3剤併用療法)の交付申請に係る診断書(新規)

(フリガナ)	性別	生年月日(年齢)
患者氏名	男・女	年 月 日 生 (満 歳)
住 所	〒 電話番号 ()	
これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。		
診断年月	前医 (あれば記載 する)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法(中止・再燃・無効) イ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。	
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: , 測定法:) (2) ウイルス型(該当する方の口欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 2. 血液検査(検査日: 年 月 日) AST IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の最高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT IU/l) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 μ l (施設の基準値: ~) ※血小板数10万/ μ l以下の場合、肝生検の所見を記載。 3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見:)	
診 断	該当する方の口欄にチェックを入れる <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 1. あり(治療中・治療後) 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(薬剤名)3剤併用療法 治療予定期間 24週 (年 月 ~ 年 月)	
治療上の問題点		
医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日		
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (<input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師) 医師氏名 印		

(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るので、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。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(削除)

(別紙様式第2の7)

肝炎治療受診書(ペグインターフェロン、リビリン及びプロテアーゼ阻害剤の3剤併用療法)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	年 月 日 生 (満 歳)
住 所	〒 電話番号 ()	
これ以上の項目は、申請者が記載しても構いません。		
診断年月	前度 (あれば記載 する)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリビリン併用療法(中止・再燃・無効) イ. ペグインターフェロン、リビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名) 3剤併用療法(中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。	
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法:) (2) ウイルス型(該当する方の口欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 2. 血液検査(検査日: 年 月 日) AST IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の重症の経緯を記載(検査日: 年 月 日、ALT: IU/l) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 / μ l (施設の基準値: ~) ※血小板数10万/ μ l以下の場合、肝生検の所見を記載。 3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見:)	
診 断	該当する方の口欄にチェックを入れる <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 1. あり(治療中・治療後) 2. なし	
治療内容	ペグインターフェロン、リビリン及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名)3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (年 月 ~ 年 月)	
治療上の問題点		
上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断します。		
医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日		
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (<input type="checkbox"/> 島根県が指定と定める医師)		
医師氏名 印		

- (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るので、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。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(別紙様式第2の6)

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日 生 (満 歳)
住所	郵便番号	電話番号 ()
診断年月	年 月	
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。(チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ベグインターフェロン及びリバビリン併用療法(中止・再燃・無効) イ. ベグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) エ. 3剤併用療法(中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療() 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) (中止・再燃・無効)	
投与禁忌の確認	ソホスブビルを含むインターフェロンフリー治療の場合、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"/> 重度の腎機能障害(eGFR:30ml/分/1.73m ²)又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。	
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウィルス型(該当欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェンタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェンタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 <input type="checkbox"/> その他(記載:) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~ ~) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT IU/l) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: ~ ~ ~) 血小板 _____ /ul (施設の基準値: ~ ~ ~) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) 3. 肝生検の所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh ____点	
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに限る	
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし	
治療内容	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ソホスブビル及びリバビリンの併用療法 …… 12週・24週 (選択) 2. レジバスビル/ソホスブビル配合錠 …… 12週 3. エルバスビル及びグラソプレビル水和物の併用療法 …… 12週 4. グレカプレビル水和物/ビレンタスビル配合錠 …… 8週 ※4. はジェンタイプ(セログループ)1又は2の慢性肝炎かつ初回フリー治療例である場合のみ対象となります 5. グレカプレビル水和物/ビレンタスビル配合錠 …… 12週 6. ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠及びリバビリンの併用療法 …… 24週 ※6. はインターフェロンフリーの治療歴がある場合のみ対象となります 7. その他() …… 週 治療予定期間 (年 月 ~ 年 月)	
意見書の有無	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれか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"/> 意見書なし。(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本診断書を記載) <input type="checkbox"/> 意見書あり。	
治療上の問題点		
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日	
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師		
医師氏名	印	

(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、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るので、ご注意ください。
 4. ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法、オムタスビル水和物・リナビル配合剤(及びリバビリンの併用療法)、ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラタスビル塩酸塩配合錠を使用した治療については「6. その他」へ記載してください。

(別紙様式第2の8)

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日 生 (満 歳)
住所	郵便番号	電話番号 ()
診断年月	年 月	
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。(チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ベグインターフェロン及びリバビリン併用療法(中止・再燃・無効) イ. ベグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) エ. 3剤併用療法(中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療() 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) (中止・再燃・無効)	
投与禁忌の確認	ソホスブビルを含むインターフェロンフリー治療の場合、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"/> 重度の腎機能障害(eGFR:30ml/分/1.73m ²)又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。	
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウィルス型(該当欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェンタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェンタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 <input type="checkbox"/> その他(記載:) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~ ~) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT IU/l) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: ~ ~ ~) 血小板 _____ /ul (施設の基準値: ~ ~ ~) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) 3. 肝生検の所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh ____点	
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに限る	
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし	
治療内容	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ソホスブビル及びリバビリンの併用療法 …… 12週・24週 (選択) 2. レジバスビル/ソホスブビル配合錠 …… 12週 3. エルバスビル及びグラソプレビル水和物の併用療法 …… 12週 4. グレカプレビル水和物/ビレンタスビル配合錠 …… 8週 ※4. はジェンタイプ(セログループ)1又は2の慢性肝炎かつ初回フリー治療例である場合のみ対象となります 5. グレカプレビル水和物/ビレンタスビル配合錠 …… 12週 6. ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠及びリバビリンの併用療法 …… 24週 ※6. はインターフェロンフリーの治療歴がある場合のみ対象となります 7. その他() …… 週 治療予定期間 (年 月 ~ 年 月)	
意見書の有無	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれか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"/> 意見書なし。(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本診断書を記載) <input type="checkbox"/> 意見書あり。	
治療上の問題点		
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日	
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師		
医師氏名	印	

(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、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るので、ご注意ください。
 4. ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法、オムタスビル水和物・リナビル配合剤(及びリバビリンの併用療法)、ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラタスビル塩酸塩配合錠を使用した治療については「6. その他」へ記載してください。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(別紙様式第2の7)

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ	性別	生年月日(年齢)																								
患者氏名	男・女	年 月 日 生 (満 歳)																								
住所	郵便番号																									
	電話番号 ()																									
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名																							
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 ア. ベグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ. ベグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:)(中止・再燃・無効)																									
投与禁忌の確認	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"/> 重度の腎機能障害 (eGFR<30ml/分/1.73㎡)又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。																									
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 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)その他(記載:) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST $\frac{\text{U/L}}$ (施設の基準値: ~ ~) ALT $\frac{\text{U/L}}$ (施設の基準値: ~ ~) 血小板 $\frac{\text{uL}}$ (施設の基準値: ~ ~) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) 3. Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) 該当する□にチェックを入れる																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>結果</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値 (g/dL)</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間 (%)</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値 (mg/dL)</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: ___ 点 (A・B・C) (該当する方を○で囲む) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)			結果	1点	2点	3点	肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)	腹水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値 (g/dL)	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間 (%)	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値 (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0
結果	1点	2点	3点																							
肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)																							
腹水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																							
アルブミン値 (g/dL)	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																							
プロトロンビン時間 (%)	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																							
総ビリルビン値 (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																							
診断	該当番号を○で囲む。 1. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類B及びCに限る																									
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし																									
治療内容	ソホスブビル/ペルバタスビル配合錠 … 12週 治療予定期間 (年 月 ~ 年 月)																									
本診断書を作成する医師	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれか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"/> 意見書なし。(肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が本診断書を記載) <input type="checkbox"/> 意見書あり。																									
治療上の問題点																										
上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。 記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 (いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (<input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師) 医師氏名 印																										

(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、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るので、ご注意ください。

(別紙様式第2の9)

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ	性別	生年月日(年齢)																								
患者氏名	男・女	年 月 日 生 (満 歳)																								
住所	郵便番号																									
	電話番号 ()																									
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名																							
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 ア. ベグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ. ベグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:)(中止・再燃・無効)																									
投与禁忌の確認	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"/> 重度の腎機能障害 (eGFR<30ml/分/1.73㎡)又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。																									
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 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)その他(記載:) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST $\frac{\text{U/L}}$ (施設の基準値: ~ ~) ALT $\frac{\text{U/L}}$ (施設の基準値: ~ ~) 血小板 $\frac{\text{uL}}$ (施設の基準値: ~ ~) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) 3. Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) 該当する□にチェックを入れる																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>結果</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値 (g/dL)</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間 (%)</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値 (mg/dL)</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: ___ 点 (A・B・C) (該当する方を○で囲む) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)			結果	1点	2点	3点	肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)	腹水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値 (g/dL)	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間 (%)	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値 (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0
結果	1点	2点	3点																							
肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)																							
腹水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																							
アルブミン値 (g/dL)	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																							
プロトロンビン時間 (%)	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																							
総ビリルビン値 (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																							
診断	該当番号を○で囲む。 1. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類B及びCに限る																									
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし																									
治療内容	ソホスブビル/ペルバタスビル配合錠 … 12週 治療予定期間 (年 月 ~ 年 月)																									
本診断書を作成する医師	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれか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"/> 意見書なし。(肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が本診断書を記載) <input type="checkbox"/> 意見書あり。																									
治療上の問題点																										
上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。 記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 (いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (<input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師) 医師氏名 印																										

(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、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るので、ご注意ください。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(別紙様式第2の8)

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

フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
患者氏名		男・女	年	月	日生 (満 歳)
住所	郵便番号				
	電話番号 ()				

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添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型慢性肝炎患(C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変)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、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては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、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1. 本意見書に記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。

- ✓ 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い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. 該当する意見に以下にチェックの上返信して下さい。

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。

(推奨する治療:)

インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 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 _____ 印

(注) 1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
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。

(別紙様式第2の10)

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

フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
患者氏名		男・女	年	月	日生 (満 歳)
住所	郵便番号				
	電話番号 ()				

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添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型慢性肝炎患(C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変)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、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては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、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1. 本意見書に記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。

- ✓ 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い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. 該当する意見に以下にチェックの上返信して下さい。

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。

(推奨する治療:)

インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 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 _____ 印

(注) 1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
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。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

<p>(別紙様式第3号)～(別紙様式第11号) (略)</p> <p><u>(削除)</u></p>	<p>(別紙様式第3号)～(別紙様式第11号) (略)</p> <p><u>(別紙様式第11号の2)</u></p> <p style="text-align: center;"><u>(シメプレビルを含む3剤併用療法延長用)</u></p> <p style="text-align: center;"><u>肝炎治療受給者証(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)有効期間延長申請書</u></p> <p><u>(申請者記載欄)</u></p> <p><u>島根県知事 様</u></p> <p>私は、プロテアーゼ阻害剤(シメプレビル)を含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)の有効期間延長を申請します。</p> <p>※以下の項目すべて記入の上、署名・捺印してください。</p> <p>記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>(フリガナ) (_____)</p> <p>申請者氏名 _____ 印 (男・女)</p> <p>生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(満 _____ 歳)</p> <p>現住所(〒 _____ - _____)</p> <p>島根県 _____ 市・町・村 _____ 番地</p> <p>電話番号 _____ - _____</p> <p>※お手持ちの肝炎治療受給者証(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)を確認の上、記入してください。</p> <p>受給者番号 _____</p> <p>現行有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p><u>注意事項</u></p> <p>1)本申請書は、現行有効期間が満了する前に、管轄する保健所に提出してください。</p> <p>2)延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。</p> <p>3)記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。</p>
--	--

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

	<p>(担当医記載欄) ※以下の項目をすべて確認の上、署名・捺印してください。</p> <p>記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名及びその所在地 _____</p> <p>担当医師名 _____ 印 _____</p> <hr/> <p>確認事項</p> <p>※担当医師は、該当する項目の□にチェックを入れてください。</p> <p>有効期間延長の認定には、1. の治療歴のいずれかの項目、および2. の判断にチェックが入っている必要があります。</p> <p>申請者(氏名 _____)について、C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイプ1)症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、</p> <p>1. 治療歴について</p> <p>_____ これまでのインターフェロン治療[(ペグ)インターフェロン製剤単独、リバビリン併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法]の無効例と認められ、</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者は、これまでの24週以上のインターフェロン治療で HCV-RNA が一度も陰性化しなかった者である。</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始12週後にHCV-RNA が前値の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止になった者である。</p> <p>2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用期間に続く12週のペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に24週(総治療期間48週)延長することが適切であると判断する。</p> <p>変更後の予定期間:(開始: _____ 年 _____ 月～終了: _____ 年 _____ 月予定)</p> <hr/> <p>(注)シメプレビルを含む3剤併用療法の実施において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。</p>
--	--

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(様式第11号の2)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書
(申請者記載欄)

島根県知事 様

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわずかに超える可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。

※以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日
(フリガナ) ()
申請者氏名 印
性 別 (男・女)
生年月日 年 月 日生(満 歳)
現住所 (〒 -)

電話番号

※お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入ください。

受給者番号
現行有効期間 年 月 日～ 年 月 日

(担当医記載欄)

申請者について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわずかに超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長が必要であると判断する。

(注)なお、副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせていただいておりますのでご了承下さい。

記載年月日 年 月 日

医療機関名及びその所在地

担当医師名 印

注意

- (1)本申請書は、現行有効期間が満了する前に、管轄する保健所に提出してください。
- (2)延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
- (3)記入漏れがある場合などは、認定をされないことがありますのでご注意ください。

(様式第12号) (様式第13号) (略)

(様式第11号の3)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書
(申請者記載欄)

島根県知事 様

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわずかに超える可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。

※以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日
(フリガナ) ()
申請者氏名 印
性 別 (男・女)
生年月日 年 月 日生(満 歳)
現住所 (〒 -)

電話番号

※お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入ください。

受給者番号
現行有効期間 年 月 日～ 年 月 日

(担当医記載欄)

申請者について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわずかに超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長が必要であると判断する。

(注)なお、副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせていただいておりますのでご了承下さい。

記載年月日 年 月 日

医療機関名及びその所在地

担当医師名 印

注意

- (1)本申請書は、現行有効期間が満了する前に、管轄する保健所に提出してください。
- (2)延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
- (3)記入漏れがある場合などは、認定をされないことがありますのでご注意ください。

(様式第12号) (様式第13号) (略)

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧