

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	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、リバ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、十分量の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+リバビリン製剤 2. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 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			

(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。

## 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	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	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>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。</p> <p>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バ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  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  (2)過去の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)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、十分量の24週投与が行われなかった。  (具体的な経過・理由: )</p> <p>(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。</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する。</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>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 _____ /<math>\mu</math>l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)  (所見: )</p>		
診 断	<p>該当番号を○で囲む</p> <p>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</p>		
肝がんの合併	<p>肝がん 1. あり (治療中 ・ 治癒後) 2. なし</p>		
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤  2. インターフェロン<math>\beta</math>製剤+リバビリン製剤  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: )</p> <p>治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月)</p>		
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			

(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。

(別紙様式第2号の3)

肝炎治療受給者証(B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)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	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。 <input type="checkbox"/> 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)による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。		
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. 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: _____ ~ _____) 血小板数 _____ / $\mu$ l (施設の基準値: _____ ~ _____) 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	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 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単独 2. 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		
医師氏名			

(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るので、ご注意ください。

(別紙様式第2号の4)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)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	年 月	前 医 (あれば記載 する)	医療機関名 医師名
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療継続の必要		1. あり 2. なし 1. あり 2. なし
検査所見		核酸アナログ製剤治療開始前のデータ(確認できる 範囲で記載願います)	直近のデータ
	1. B型肝炎ウイルス スマーカー (1)HBe抗原 HBe抗体 (2)HBV-DNA定量	(検査日: 年 月 日) ( + ・ - ) ( + ・ - ) _____ (単位: 、測定法 )	(検査日: 年 月 日) ( + ・ - ) ( + ・ - ) _____ (単位: 、測定法 )
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日: 年 月 日) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ / $\mu$ l (施設の基準値: _____ ~ _____)	(検査日: 年 月 日) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ / $\mu$ l (施設の基準値: _____ ~ _____)
	3. 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)	(検査日: 年 月 日)
診 断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性活動性肝炎 2. B型代償性肝硬変 3. B型非代償性肝硬変		
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル(該当する方の□欄にチェックを入れる) □ ジソプロキシシルフマル酸塩 □ アラフェナミドフマル酸塩 5. その他(具体的に記載: _____ ) 治療開始日(予定を含む。) 年 月 日		
治療上の問題点			
医療機関名 及び所在地 医師氏名	記載年月日 年 月 日		

(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、核酸アナログ製剤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。

(別紙様式第2号の5)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(更新)

(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	年 月	前 医 (あれば記載 する)	医療機関名 医師名
検査所見	核酸アナログ製剤治療開始前の所見を記入する		
		前回申請時データ	直近の認定・更新時以降のデータ
	1. B型肝炎ウイルス スマーカ (1)HBe抗原 HBe抗体	(検査日: 年 月 日) ( + ・ - ) ( + ・ - )	(検査日: 年 月 日) ( + ・ - ) ( + ・ - )
	(2)HBV-DNA定量	_____(単位: _____、測定法 _____)	_____(単位: _____、測定法 _____)
	(3)HBs抗原量 HBc関連抗原量	_____(単位: _____、測定法 _____) _____(単位: _____、測定法 _____)	_____(単位: _____、測定法 _____) _____(単位: _____、測定法 _____)
	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: _____ ~ _____) 血小板数 _____ / $\mu$ l(施設の基準値: _____ ~ _____)	(検査日: 年 月 日) IU/l(施設の基準値: _____ ~ _____) IU/l(施設の基準値: _____ ~ _____) / $\mu$ l(施設の基準値: _____ ~ _____)
3. 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)	(検査日: 年 月 日)	
診 断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性活動性肝炎 2. B型代償性肝硬変 3. B型非代償性肝硬変		
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル(該当する方の□欄にチェックを入れる) □ ジソプロキシル fumarate □ アラフェナミド fumarate 5. その他(具体的に記載: _____)		
治療製剤の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療製剤の変更 1. あり 2. なし 1. ありに○の場合 変更前薬剤名( _____ ) 変更日( 年 月 日)		
治療上の問題点			
上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。			
記載年月日 年 月 日			
医療機関名 及び所在地			
医師氏名			

(注)

1. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。  
なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
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。

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	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. インターフェロン治療歴</p> <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) <p>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)</p> <p>イ. ペ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)</p> <p>ウ. 上記以外の治療( )</p> <p>2. インターフェロンフリー治療歴</p> <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 <sup>2</sup> )又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。	
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法 )</p> <p>(2) ウイルス型(該当欄にチェックを入れる)</p> <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(記載: ) <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST IU/l (施設の基準値: ~ )</p> <p>ALT IU/l (施設の基準値: ~ )</p> <p>※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)</p> <p>ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~ )</p> <p>血小板 /ul (施設の基準値: ~ )</p> <p>その他の血液検査所見(必要に応じて記載)</p> <p>( )</p> <p>3. 肝生検の所見 (検査日: 年 月 日)</p> <p>(所見: )</p> <p>4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 点</p>	
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>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</p>	
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし	
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む)</p> <p>1. ソホスビル及びリバビリンの併用療法 … 12週・24週 (選択)</p> <p>2. レジパスビル/ソホスビル配合錠 … 12週</p> <p>3. エルバスビル及びグラゾプレビル水和物の併用療法 … 12週</p> <p>4. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合錠 … 8週</p> <p>※4. はジェノタイプ(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</p> <p>5. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合錠 … 12週</p> <p>6. ソホスビル/ベルパタスビル配合錠及びリバビリンの併用療法 … 24週</p> <p>※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</p> <p>7. その他( ) … 週</p> <p>治療予定期間 ( 年 月 ~ 年 月)</p>	
意見書の有無	<p>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。</p> <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	
医師氏名	(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 )	

(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(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・ベクラブ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。

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. 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. ペ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/1.73m <sup>2</sup> )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 _____ U/L (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ U/L (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. 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></th> <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"/></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"/></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"/></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"/></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"/></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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超
	結果	1点	2点	3点																															
肝性脳症	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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/ベルパタスビル配合錠 … 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																																			
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																																			

(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。

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。

※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. 本意見書を記載する医師は、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

- (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。