

様式2-7 (表面)

B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療）認定に係る診断書

以下の内容は、愛知県の指定する医療機関の日本肝臓学会肝臓専門医もしくは日本消化器病学会専門医が記入してください。

フリガナ		性別	1. 男 2. 女	生年月日	年月日生 (満歳)																														
氏名				電話	()																														
住所	郵便番号																																		
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	該当項目を○で囲む。「はい」の場合は、さらに該当項目を○で囲む。																																		
	1. インターフェロン治療歴がある。(はい・いいえ) (1) 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) (2) ペグインターフェロン及び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(中止・再燃・無効)) (3) 上記以外の治療 (具体的に記載: 2. これまでの治療においてインターフェロンフリー治療を受けたことがある。(はい・いいえ) 薬剤名() (中止・再燃・無効))																																		
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 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(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: エ) 判定不能、判定保留 (該当する項目を○で囲む)																																		
	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 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)																																		
	3. Child-Pugh分類(検査日: 年月日) *ただし、BCAA投与等のChild-Pugh点数に影響を与える治療がある場合は、治療以前の点数を記載すること。 該当する□にチェックを入れる																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td>斜線</td> <td>□なし</td> <td>□軽度(I・II)</td> <td>□昏睡(III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td>斜線</td> <td>□なし</td> <td>□軽度</td> <td>□中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td>~</td> <td>□3.5超</td> <td>□2.8~3.5</td> <td>□2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td>~</td> <td>□70超</td> <td>□40~70</td> <td>□40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td>~</td> <td>□2.0未満</td> <td>□2.0~3.0</td> <td>□3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: ____ 点 (A・B・C) (該当する方を○で囲む)					結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症	斜線	□なし	□軽度(I・II)	□昏睡(III以上)	腹水	斜線	□なし	□軽度	□中等度以上	アルブミン値(g/dL)	~	□3.5超	□2.8~3.5	□2.8未満	プロトロンビン時間(%)	~	□70超	□40~70	□40未満	総ビリルビン値(mg/dL)	~	□2.0未満	□2.0~3.0	□3.0超
	結果	施設基準値	1点	2点	3点																														
	肝性脳症	斜線	□なし	□軽度(I・II)	□昏睡(III以上)																														
	腹水	斜線	□なし	□軽度	□中等度以上																														
	アルブミン値(g/dL)	~	□3.5超	□2.8~3.5	□2.8未満																														
	プロトロンビン時間(%)	~	□70超	□40~70	□40未満																														
総ビリルビン値(mg/dL)	~	□2.0未満	□2.0~3.0	□3.0超																															
4. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年月日) 〔所見(具体的に記載)〕																																			
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・・・【ありの場合 治療中・治癒後(該当する方を○で囲む)】 2. なし (病状等を記載してください)																																		
治療内容	インターフェロンフリー治療(薬剤名) 治療(予定)期間週(以下のいずれかの項目にチェック) □ 治療開始は、B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票交付日の翌月とする。 □ 上記に関わらず、次の期間に治療を行う。(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。 □ 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 □ 上記以外の日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医で、別紙意見書を添付している医師																																		
治療上の問題点																																			
医療機関名、所在地及び電話番号 医師氏名					記載年月日 年月日																														
該当するものを○で囲んでください。(日本肝臓学会肝臓専門医・日本消化器病学会専門医) →インターフェロンフリー治療講習会等受講歴 【あり・受講予定】(注)																																			

※裏面に認定基準及び注意書きがあります。

(注)インターフェロンフリー治療講習会等の受講歴がある場合は、修了証等の写しを添付してください。(初回記入時のみ)

「インターフェロンフリー治療講習会等」については、裏面を御覧ください。

受講予定の場合は、受講状況について確認させていただく場合がありますので、御了承ください。

【認定基準】

疾患名	治療名	助成制度 の分類	認定基準
1 B型慢性肝疾患	(1) インターフェロン治療	新規・2回目	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者。(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。)
		3回目	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者。 ※ただし、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)による治療に統いて、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について、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とする。
	(2) 核酸アナログ製剤治療	新規更新	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型慢性肝疾患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型慢性肝疾患	(1) インターフェロン単剤治療 インターフェロン及びリバビリン併用治療	新規	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者。ただし、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)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週治療が行われれなかったものに限る。
		2回目	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者。ただし、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)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週治療が行われれなかったものに限る。 ※ 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。
	(2) インターフェロンフリー治療	新規	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、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なることができる。 なお、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル、ピブレンタスピルの前治療8週、再治療12週とする療法に限る。また、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 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日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者票の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(注)

- 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。
- 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。
- 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講習会等」とは、次の要件を満たすものとします。
 - 平成26年9月2日以降に開催された日本肝臓学会肝臓専門医が講師であるもの。
 - 修了証等により受講が確認できるもの。