

B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票（インターフェロン治療）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。 (新規)

フリガナ			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)			
氏 名									
住 所	郵便番号						電 話 ()		
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型慢性肝炎の場合は記載が必要】 以下の内容に該当する場合は「はい」を、そうでない場合は「いいえ」を○で囲む。 1. これまでの治療において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）を受けたことがある。 (はい ・ いいえ) 2. 1. が「はい」の場合、その治療は十分量の24週投与が行われなかった。(はい ・ いいえ) 3. 2. が「はい」の場合、具体的な理由、経過を記載してください。 (理由・経過：) 4. 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) 5. 4. が「はい」の場合、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り、治療終了後、血中HCV-RNA 感度以下に至らなかった（不成功）。(はい ・ いいえ)								
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型ウィルスマーカー（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型ウィルスマーカー（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) 判定不能又は判定保留 (該当する項目を○で囲む) 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： _____ ～ _____) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値： _____ ～ _____) 4. 画像診断およ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. 慢性肝炎（B型肝炎ウィルスによる） 3. 代償性肝硬変（C型肝炎ウィルスによる） 2. 慢性肝炎（C型肝炎ウィルスによる）								
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	該当番号を○で囲む 1. インターフェロンα製剤単独 5. インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤 2. インターフェロンβ製剤単独 6. ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤 3. ペグインターフェロン製剤単独 7. その他 具体的に記載してください 4. インターフェロンα製剤＋リバビリン製剤 (_____) 治療医療機関（該当番号を○で囲み、医療機関名を記載してください） 1. 当院 2. 上記以外の連携医療機関 (_____) 治療（予定）期間 週 (年 月 ～ 年 月)								
治 療 上 の 問 題 点									
医療機関名、所在地及び電話番号						記載年月日 年 月 日			
医師氏名									
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)									

※ 裏面に認定基準及び注意書きがあります。

【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抗原陽性でかつ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することができる。 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、ピブレンタスビルの前治療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)

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。