

## 肝炎治療受給者証（インターフェロン2（3）回目の制度利用）の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日（年齢）
			男・女	年 月 日（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</p> <p>(1) 2回目申請の場合</p> <p><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た。</p> <p><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) 3回目申請の場合</p> <p><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。</p> <p>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(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</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>(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</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名： )</p> <p><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（検査日： 年 月 日）</p> <p>(1) HBs抗原（+・-）</p> <p>(2) HBe抗原（+・-） HBe抗体（+・-）</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____（単位： 、測定法 ）</p> <p>2. 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（該当するものを○で囲む）</p> <p>ア. セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ. セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>ウ. 上記のいずれも該当しない（ジェノタイプ検査データがある場合は記載： ）</p> <p>3. 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>血小板数 _____/μl（施設の基準値： ～ ）</p> <p>4. 画像診断および肝生検などの所見（血液検査の結果が基準値の範囲内の場合は必ず記載） (検査日： 年 月 日)</p>			

診 断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)
肝 が ん の 併 合	肝がん 1. あり(治療中) 2. あり(治療終了) 3. なし ※2. あり(治療終了)には、肝がん治療後の者のみ○をつけてください
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 2. インターフェロンβ製剤単独 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	
記載年月日 年 月 日 医療機関名および所在地 (医療機関コード ) (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"/> 日本消化器病学会専門医 (専門医番号を記載) 専門医(登録)番号 No. _____ 医師氏名	

認 定 基 準
1. B型慢性肝疾患 ・ 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。) ※ 本事業において、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. C型慢性肝疾患 ・ HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎及び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。ただし、これまでの治療において、十分量の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)による24週投与が行われた場合を除く。 ※ 本事業において、2回目の助成をうけることができるのは、上記の基準を満たし、かつ以下の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 ・ 直前の抗ウイルス治療としてインターフェロンフリー治療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もしくは日本消化器病学会専門医が「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. 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、現在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. 現在インターフェロン治療中の場合は、治療開始日を必ず記載してください。

4. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。