

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																																									
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	<p>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。</p> <p><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:)</p> <p><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)</p>																																								
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） (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. 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>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) []</p> <p>3. Child-Pugh分類（検査日: 年 月 日） 該当する□にチェックを入れる</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <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></td> <td></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></td> <td></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></td> <td>~</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></td> <td>~</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></td> <td>~</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> <p>合計: _____ 点 (A・B・C) (該当する方を○で囲む)</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>						結果	施設基準値	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
	結果	施設基準値	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	<p>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</p>																																								
肝がんの合併	<p>肝がん 1. あり(治療中) 2. あり(治療終了) 3. なし</p>																																								

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（ _____ 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歴のある場合 、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"/> 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 <input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医又は都道府県が適当と定める医師で、別紙意見書を添付している医師
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。 <div style="text-align: right;">記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</div> 医療機関名及び所在地 _____（医療機関コード _____） （いずれかにチェックが必要） <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会専門医 <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	
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・ビ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、インターフェロン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また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。 ※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また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. 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。	