

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		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		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	医療機関名
		(あれば記載する)	医 師 名
過去の治療歴	<p>該当する項目を○で囲む</p> <p>1. インターフェロン治療歴 (あり ・ なし) (「あり」の場合) これまでの治療内容 (該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用治療 (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>2. インターフェロンフリー治療歴 (あり ・ なし) (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 _____ LogIU/ml ・ KIU/ml ・ その他 () ※該当するものを○で囲む (測定法: リアルタイムPCR法、その他 ()) (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 _____ 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: ~)</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. 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	<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 Child-Pugh 分類 A ・ B ・ C (該当する方を○で囲む)</p>		
肝 がん の 併 合	<p>肝がん</p> <p>1. あり(治療中) 2. あり(治療終了) 3. なし</p> <p>※2. あり(治療終了)には、肝がん治癒後の者のみ○をつけてください</p>		

治 療 内 容	該当番号を○で囲む。 1. レジパスビル及びソホスブビル配合錠 2. グラゾプレビル・エルバスビル併用療法 3. グレカプレビル及びピブレンタスビル配合錠 4. ソホスブビル及びベルパタスビル配合錠 5. ソホスブビル及びベルパタスビル配合錠＋リバビリン併用療法 6. その他（具体的に記載： ） 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"/> 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	
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 ）
(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	
<p>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。</p> <p>※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、インターフェロン治療歴の有無を問わない。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>	

(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、現在インターフェロンフリー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フリー治療中の場合は、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。