

ウイルス肝炎医療費給付受給者証(インターフェロンフリー治療)の交付申請・変更届に係る診断書(初回治療用)

|   |   |               |              |            |             |
|---|---|---------------|--------------|------------|-------------|
| ふりがな<br>氏名  |   | 性別            | 男・女          | 生 年<br>月 日 | 年 月 日       |
| 住 所   | (〒 - ) 電話番号 ( )   |               |              |            |             |
| 1. 診断年月日  | 年 月 日   | 前医<br>(あれば記載) | 医療機関名<br>医師名 |            |             |
| 2. 過去の治療歴   | <p>該当する方を○で囲み、必要事項を記載する。</p> <p>1. インターフェロン治療歴の有無 (あり・なし) (該当する方を○で囲む。)</p> <p>※治療歴ありの場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲み、必要事項を記載する。</p> <p>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)</p> <p>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: )<br/>3剤併用療法 (中止・再燃・無効)</p> <p>ウ. 上記以外の治療<br/>(具体的に記載: )</p> <p>2. インターフェロンフリー治療歴の有無 (あり・なし) (該当する方を○で囲む。)</p> <p>※治療歴ありの場合は、様式第2号の3による申請が必要です。この様式では申請できません。</p>   |               |              |            |             |
| 3. 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)</p> <p>(1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型 (該当する項目を○で囲む。)</p> <p>ア セロタイプ(グループ) 1、あるいはゲノタイプ1</p> <p>イ セロタイプ(グループ) 2、あるいはゲノタイプ2</p> <p>ウ 上記のいずれにも該当しない(ゲ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)</p> <p>AST _____ U/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>ALT _____ U/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>血小板 _____ /ul (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)</p> <p>(所見: _____)</p> <p>4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する分類を○で囲む。)</p> |               |              |            |             |
| ※交付申請の場合は、肝炎ウイルスマーカー検査結果の写しを添付すること。   |   |               |              |            |             |
| 4. 診断   | <p>該当する方にチェックする。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p>  |               |              |            |             |
| 5. 肝がんの合併   | 肝がん 1. あり 2. なし ※現在、肝がんの合併がある場合は助成対象外となります。   |               |              |            |             |
| 6. 治療内容   | <p>・インターフェロンフリー治療<br/>(薬剤名: _____)</p> <p>※「治療予定期間」は必ず記載してください。</p> <p>・治療予定期間 ( ) 週 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)</p>   |               |              |            |             |
| 7. 治療上の問題点  |   |               |              |            |             |
| 医療機関名及び所在地  |   |               |              |            | 記載年月日 年 月 日 |
| <p>どちらかにチェックが必要</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p><input type="checkbox"/> 長野県ウイルス肝炎診療ネットワークの専門医療機関の肝疾患担当医</p> |   |               |              |            |             |
| 医師氏名  |   |               |              |            | 印           |

|       |       |       |       |      |
|-------|-------|-------|-------|------|
| 審査    | 年     | 月     | 日     | 審査意見 |
|       |       |       |       |      |
| 適・保・否 | 適・保・否 | 適・保・否 | 適・保・否 |      |

※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場合は、様式第2号の5を使用してください。

「ウイルス肝炎医療費給付受給者証（インターフェロンフリー治療）の交付申請・変更届に係る診断書（初回治療用）（様式第2号の2）記入時の注意事項

注）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場合、様式第2号の5による申請が必要です。この様式では申請できませんのでご注意ください。

2. 「過去の治療歴」について

- ・申請者のこれまでの治療歴について記載してください。
- ・該当する方を○で囲み、薬剤名等を具体的に記載してください。
- ・該当する治療法において、患者からの聞き取りや過去の診療録をもとに、診断書作成医の判断により「中止・再燃・無効」を○で囲んでください。

注）インターフェロンフリー治療歴ありの場合、様式第2号の3による申請が必要です。この様式では申請できませんのでご注意ください。

3. 「検査所見」について

- ・画像診断及び肝生検等の所見は具体的に記載してください。
- ・Child-Pugh 分類について、該当する分類を○で囲んでください。
- ・交付申請の場合は、肝炎ウイルスマーカー検査結果の写しを添付してください。

4. 「診断」について

- ・インターフェロンフリー治療の対象は、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）です。

5. 「肝がんの合併」について

- ・肝がんの合併がある場合には助成対象外となりますので、ご注意ください。

6. 「治療内容」について

- ・それぞれの療法の助成対象となる治療期間は次のとおりです。なお、いずれも助成期間の延長は認められませんのでご注意ください。

| 療 法  | 助成対象となる治療期間 |
|--|-------------|
| ソホスブビル及びリバビリン併用療法（ <small>セガグループ 1(ゲノタイプ 1)</small> 又は <small>セガグループ 2(ゲノタイプ 2)</small> のいずれにも該当しない者の場合） | 2 4 週間      |
| ソホスブビル及びリバビリン併用療法  | 1 2 週間      |
| レジパスビル／ソホスブビル配合錠による治療  |             |
| ソホスブビル・ベルパタスビル配合剤による治療   |             |
| グレカプレビル水和物・ピブレンタスビル配合剤による治療  | 8 週間        |

- ・治療予定期間は、必ず記載してください。

○「診断書を作成する医師」について

- ・インターフェロンフリー治療に対する助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は長野県ウイルス肝炎診療ネットワークの専門医療機関の肝疾患担当医が、この診断書を作成すること。