ウイルス肝炎(慢性肝炎･肝硬変･ヘパトーム)臨床個人票

R4.11改正

※インターフェロンフリー治療の交付申請・変更届には、この様式ではなく様式第２号の２又は様式第２号の５を添付してください。

※インターフェロンフリー治療の交付申請・変更届には、この様式ではなく様式第２号の２又は様式第2号の５を添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 性別 | 男・女 | 生　年月　日 |  | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | （〒　　　－　　　　）　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　） |
| **１．診 　 断**（該当に○） | （ Ｂ・Ｃ ）型　 　　ヘパトームの有無（ あり・なし ）　※診断日：　　　年　　　月　　　日　　　１ 慢性肝炎　　２ 代償性肝硬変　　３ 非代償性肝硬変　　 |
| **２．診断根拠** | □ 臨床所見　　□ 肝機能検査　　□ 組織所見　　□ 画像診断　　□ その他　　　　　　 |
| **３．既 往 歴** | 輸血歴　□ なし　　□ あり：　　　　年　　　　手術歴　□ なし　　□ あり：　　　　年飲酒歴　□ なし　　□ あり：　　　　量　　　　肝炎歴　□ なし　　□ あり：　　　　年 |
| **４．検査所見**※治療（抗ウイルス療法）開始前の所見を記入してください。※肝炎ウイルスマーカー検査結果の写は、裏面にのり付けするか添付してください。 | **ア．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー**　(ｱ) ＨＢｓ抗原（ ＋ ・ － ）（検査日:　　　　　年　　月　　日）(ｲ) ＨＢｅ抗原（ ＋ ・ － ）ＨＢｅ抗体（ ＋ ・ － ）（検査日:　　　　年　　月　　日）(ｳ) ＨＢＶ-ＤＮＡ定量　　　　　　　log copy/ml（ﾘｱﾙﾀｲﾑPCR法）（検査日:　　　　年　　月　　日）**イ．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー**　(ｱ) ＨＣＶ－ＲＮＡ定量　　　　　log copy/ml（ﾘｱﾙﾀｲﾑPCR法）（検査日:　　　　年　　月　　日）　(ｲ) セロタイプ(グループ)、あるいはゲノタイプ（１型・２型）（検査日:　　　　年　　月　　日）**ウ．血液検査**（検査日：　　　　年　　月　　日）　ＡＳＴ　　　　　　　　　 Ｕ／ｌ　ＡＬＴ　　　　　　　　　 Ｕ／ｌ　ヘモグロビン　　　　　　 ｇ／ｄｌ　血小板数　　　　　　　　 万／μｌ　**エ．画像診断及び肝生検などの所見**（具体的に記戴）（検査日:　　　　年　　月　　日）　（所見：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **５．抗ウイルス療法の予定**※「治療予定期間」は必ず記載してください。 | **ア．予定なし**具体的な治療内容を記載 |
| **イ．****予定あり** | １ インターフェロンα単独　　　　　　 ２ インターフェロンβ単独３ ペグインターフェロン単独　　　　　 ４ インターフェロンα＋リバビリン５ インターフェロンβ＋リバビリン　　 ６ ペグインターフェロン＋リバビリン７ インターフェロン少量長期投与（自己注射） |
| ８ エンテカビル　　９ ラミブジン　　10 テノホビル　　　※併用の場合は複数選択 |
| 11 その他　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療予定期間：　　　週　　　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 ・ 終期は未定 |
| HIV感染歴の有無（核酸アナログ製剤治療を行う場合は任意で記入）※審査結果には影響しませんHIV感染歴　　□ なし　　□ あり　　（いずれかにチェック）※日本肝臓学会Ｂ型肝炎治療ガイドラインによると、未治療のHIV感染者に対して、HBV感染に対する核酸アナログ製剤を単独投与すると、HIVが薬剤耐性を獲得する可能性があるため、HBVに対して核酸アナログを使用する前にはHIV感染症合併の有無を確認するべきとされています。 |
| **６．過去の治療歴**インターフェロン治療の場合に記載してください （次ページに続く） | **ア．新規申請で、Ｃ型肝炎ウイルスに対する治療の場合**　**(ｱ) 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**　　□ ３剤併用療法の治療歴なし。　　□ 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　**(ｲ) インターフェロンフリー治療歴**　　□　インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□　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。**イ．平成20年４月以降で数えて２回目の制度利用の場合****(ｱ) Ｂ型慢性活動性肝炎の場合**□ 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。　　□ 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。 |
| **※該当する項目に○を付し、又は□を☑し、必要事項を記載してください。** |
| **※該当する項目に○を付し、又は□を☑し、必要事項を記載してください。** |
| （前ページから続く）**６．過去の治療歴**インターフェロン治療の場合に記載してください | **(ｲ) Ｃ型慢性肝炎またはＣ型代償性肝硬変の場合****a 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**　　　□ 以下の①、②のいずれにも該当しない。　　　　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**b 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**　　　□ ３剤併用療法の治療歴なし。　　　□ 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　**C 過去のインターフェロンフリー治療歴**　　□ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□ 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。**ウ.３回目の制度利用の場合****(ｱ) Ｂ型慢性活動性肝炎の場合**□ 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。 |
| **７．今後の治療** | **（今後の治療方針等を記載してください）** |
| 記載年月日　　　　　年　　月　　日　医療機関名及び所在地 |
| （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）　 | □　日本肝臓学会肝臓専門医　□　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 |
| 　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　 |
|  |
| 審査　　　年　　　月　　　日 | 審査意見 |
|  |  |  |
| 適・保・否 | 適・保・否 | 適・保・否 |

診　断　の　手　引　き

１　慢性肝炎

　⑴　肝組織学的に慢性肝炎の所見がみとめられるもの。

　⑵　６か月以上にわたり、肝炎に伴う肝機能異常が持続するもの。

２　肝硬変

　⑴　腹腔鏡、肝生検などにより肝硬変の所見がみられるもの。

　⑵　黄疸・腹水・肝性脳症などの肝不全症やクモ状血管腫・女性化乳房・脾腫・腹壁静脈怒張・食道静脈瘤などの肝硬変に起因すると考えられる臨床症状がみられるもの。

　⑶　アルブミンの低下、ビリルビンの上昇、プロトロンビン時間の延長などの肝予備能の低下がみられるもの。

３　ヘパトーム

　⑴　肝画像診断、ＡＦＰ，ＰＩＶＫＡ－Ⅱ等の検査により診断されたもの。