（様式第５号の２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【インターフェロン治療を行う患者さん用】

R4.11改正

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ウイルス肝炎医療費受給者証　更新（変更）申請用　診断書 | | | | | | | | |
| ふりがな  氏　　名 | | |  | | | | 性　別 | 男　　・　　女 |
|  | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 住　　所 | | | （〒　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　（電話　　　　－　　　　－　　　　） | | | | | |
| 診　　断  （該当に○） | | | （ Ｂ ・ Ｃ ）型　　　　　　ヘパトームの有無（ あり ・ なし ）  １ 慢性肝炎　　２ 代償性肝硬変　　３ 非代償性肝硬変 | | | | | |
| １．インターフェロンの治療内容  （該当に○）  ※「治療予定期間」は必ず記載してください。 | | | 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⇒**※７２週延長投与がある場合は、２を記載**  ７　インターフェロン少量長期投与（自己注射）  ８　その他　具体的に（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **※１～５に該当し、今の治療が、平成20年４月以降２回目にあたる場合は、３を記載**  ◆治療予定期間（現在治療中のものや今後の予定も含めて）を記載してください。  ・現在治療中⇒製剤名（上記番号でも可：　　　　　　）　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日  ・今後の予定⇒製剤名（上記番号でも可：　　　　　　）　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | |
| ２．インターフェロン＋リバビリンの投与期間の延長について  ※現在の治療内容が１．の６に該当し、72週投与（48週＋24週）を実施中又は実施予定の場合に記載してください。 | | | （共通項目）  　□　申請者の診断名は、「Ｃ型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。  　□　申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ１（ジェノタイプ１）型かつ高ウイルス量である。  　□　申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である４８週間に連続して２４週間を延長するもので、治療開始から最大で７２週間である。  　　　[変更後の予定期間：（開始：　　　　　年　　月～終了：　　　　　年　　月予定）]  ⑴　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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化したが再燃した者で、『今回の治療において、 HCV-RNAが投与開始後36週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので48週プラス24週（トータル72週間）の投与期間延長が必要であると判断する。  □　申請者は、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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化したが再燃した者である。  □　申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後（　　　　）週目で継続中である（一時休薬期間は除く。）。  □　申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。  　　投与開始後、継続的に治療を続け、  　　・ 投与開始後36週までにHCV-RNAが陰性化。（一時休薬期間は除く。）  ⑵　⑴に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始12週後にHCV-RNA量が前値の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性（Real time PCR)で、36週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので、48週プラス24週（トータル72週間）の投与期間延長が必要であると判断する。  □　申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の標準的治療（48週間）を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後（　　　　）週目で継続中である（一時休薬期間は除く。）。  □　申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。  　　投与開始後、継続的に治療を続け、  　　・投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ、HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下  　　・投与36週までにHCV-RNAが陰性化（一時休薬期間は除く。）。 | | | | | |
| ３．過去の治療歴 | | | **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ていない。  （次ページに続く） | | | | | |
| **※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。**【裏面にも記入してください】 | | | | | | | | |
| **※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）  ３．過去の治療歴 | | **イ Ｃ型慢性肝炎またはＣ型代償性肝硬変の場合**  **(ｱ) 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  **(ｲ) 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **(ｳ) 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。 | | | | | | |
| ４．検査所見 | | 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  　　・ ＨＣＶ－ＲＮＡ定量　　　　　log copy/ml（ﾘｱﾙﾀｲﾑPCR法）（検査日:　　　　年　　月　　日）  　　・ 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  ※肝炎ウイルスマーカー検査結果の写を添付してください。  　　・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（検査日:　　　　　年　　月　　日）  　　（所見：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ５．特記事項等 | |  | | | | | | |
| 申請者に係る医療の状況は、上記のとおりです。　　　　　　　　　　　記載年月日：　　　　　年　　　月　　　日  （医療機関名称・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 | | | |
| （担当医師名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 審査　　　年　　　月　　　日 | | | | | | 審査意見 | | |
|  |  | | |  | |
| 適・保・否 | 適・保・否 | | | 適・保・否 | |