

新 旧 対 照 表

静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱（平成 20 年静岡県告示第 348 号）

改 正 前	改 正 後
<p>静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱</p> <p>制定 平成20年3月31日告示第348号 改正 平成20年7月11日告示第578号 改正 平成21年3月31日告示第390号 改正 平成22年4月27日告示第413号 改正 平成24年3月6日告示第171号 改正 平成26年1月31日告示第 67号 改正 平成26年12月5日告示第877号 改正 平成27年2月20日告示第 95号 改正 平成27年8月21日告示第682号 改正 平成28年3月15日告示第301号 改正 平成28年5月27日告示第629号 改正 平成29年6月16日告示第493号 改正 平成30年11月13日告示第740号 改正 令和元年6月7日告示第 64号 改正 令和元年7月1日告示第125-2号</p> <p>（助成の期間等）</p> <p>第4条 肝炎治療特別促進事業による肝炎治療費用の助成は、同一の対象患者について1回のみ行うものとし、当該助成の期間は、1年（<u>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3剤併用療法（以下「3剤併用療法」という。）又はインターフェロンフリー治療にあつては、7月</u>）を限度とする。ただし、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める期間を限度に延長することができる。</p> <p>(1) (略)</p> <p><u>(2) 別表第2の1の(2)に該当する場合 6月</u></p> <p><u>(3) 別表第2の1の(3)に該当する場合 2月</u></p> <p>2 前項の規定にかかわらず、インターフェロン治療を行う者にあつては、別表第3の認定基準の1の(1)又は(5)に定める要件を満たした場合に限り肝炎治療特別促進事業による肝炎治療費用の2回目の助成を受けることができる。</p> <p>3 第1項の規定にかかわらず、インターフェロン治療を行う者にあつては、別表第3の認定基準の1の(4)に定める要件を満たした場合に限り、肝炎治療特別促進事業による肝炎治療費用の3回目の助成を受けることができる。</p> <p>4 (略)</p> <p>5 前各項の助成の期間は、様式第1号による肝炎治療受給者証交付申請書（以下「申請書」という。）を受理した日の属する月の初日から起算するものとする。ただし、様式第2号から<u>様式第2号の9</u>までによる肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（以下「診断書」という。）に記載された治療予定期間の開始の月が申請書を受理した日の属する月の翌月以降となる場合にあつては、診断書に記載された治療予定期間の開始の月の初日から起算することができる。</p> <p>（助成の申請）</p> <p>第5条 肝炎治療費用の助成（前条第2項若しくは第3項に規定するインターフェロン治療に対する2回目若しくは3回目の助成又は同条第4項に規定する核酸アナログ製剤治療の更新に対する助成（以下「核酸アナログ製剤治療更新助成」という。）を含む。）を受けようとする対象患者（以下「申請者」という。）は、申請書に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>様式第2号の11</u>による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意見書（インターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行う場合に限る。）</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>（助成の期間の延長の申請等）</p> <p>第6条の2 第4条第1項ただし書の規定による延長を受けようとする者は、同項第1号に掲げる場合にあつては様式第5号の2による肝炎治療受給者証有効期間延長申請書に、同項第2号に掲げる場合にあつては様式第5号の3による肝炎治療受給者証有効期間延長申請書に、<u>同項第3号に掲げる場合にあつては様式第5号の4による肝炎治療受給者証有効期間延長申</u></p>	<p>静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱</p> <p>制定 平成20年3月31日告示第348号 改正 平成20年7月11日告示第578号 改正 平成21年3月31日告示第390号 改正 平成22年4月27日告示第413号 改正 平成24年3月6日告示第171号 改正 平成26年1月31日告示第 67号 改正 平成26年12月5日告示第877号 改正 平成27年2月20日告示第 95号 改正 平成27年8月21日告示第682号 改正 平成28年3月15日告示第301号 改正 平成28年5月27日告示第629号 改正 平成29年6月16日告示第493号 改正 平成30年11月13日告示第740号 改正 令和元年6月7日告示第 64号 改正 令和元年7月1日告示第125-2号 <u>改正 令和2年8月7日告示第568号</u></p> <p>（助成の期間等）</p> <p>第4条 肝炎治療特別促進事業による肝炎治療費用の助成は、同一の対象患者について1回のみ行うものとし、当該助成の期間は、1年（インターフェロンフリー治療にあつては、7月）を限度とする。ただし、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める期間を限度に延長することができる。</p> <p>(1) (略)</p> <p><u>(2) 別表第2の1の(2)に該当する場合 2月</u></p> <p>2 前項の規定にかかわらず、インターフェロン治療を行う者にあつては、別表第3の認定基準の1の(1)又は(4)に定める要件を満たした場合に限り肝炎治療特別促進事業による肝炎治療費用の2回目の助成を受けることができる。</p> <p>3 第1項の規定にかかわらず、インターフェロン治療を行う者にあつては、別表第3の認定基準の1の(3)に定める要件を満たした場合に限り、肝炎治療特別促進事業による肝炎治療費用の3回目の助成を受けることができる。</p> <p>4 (略)</p> <p>5 前各項の助成の期間は、様式第1号による肝炎治療受給者証交付申請書（以下「申請書」という。）を受理した日の属する月の初日から起算するものとする。ただし、様式第2号から<u>様式第2号の8</u>までによる肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（以下「診断書」という。）に記載された治療予定期間の開始の月が申請書を受理した日の属する月の翌月以降となる場合にあつては、診断書に記載された治療予定期間の開始の月の初日から起算することができる。</p> <p>（助成の申請）</p> <p>第5条 肝炎治療費用の助成（前条第2項若しくは第3項に規定するインターフェロン治療に対する2回目若しくは3回目の助成又は同条第4項に規定する核酸アナログ製剤治療の更新に対する助成（以下「核酸アナログ製剤治療更新助成」という。）を含む。）を受けようとする対象患者（以下「申請者」という。）は、申請書に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>様式第2号の9</u>による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意見書（インターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行う場合に限る。）</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>（助成の期間の延長の申請等）</p> <p>第6条の2 第4条第1項ただし書の規定による延長を受けようとする者は、同項第1号に掲げる場合にあつては様式第5号の2による肝炎治療受給者証有効期間延長申請書に、同項第2号に掲げる場合にあつては様式第5号の3による肝炎治療受給者証有効期間延長申請書に、それぞれ受給者証を添えて、知事に申請しなければならない。</p>

請書に、それぞれ受給者証を添えて、知事に申請しなければならない。

2・3 (略)

別表第2 (略)

助成期間の延長に関する取扱い

1 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。

(1) (略)

(2) C型慢性肝炎セログループ1 (ジェノタイプ1) 型症例に対するシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与することが適切と判断する場合においては、6月を限度とする期間延長を認める。この場合において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこととする。

(3) (略)

(4) 上記(1)及び(3)又は(2)及び(3)に該当する場合には、上記(1)、(2)及び(3)の規定にかかわらず最大1年8月を限度とする。

(参考) シメプレビルの添付文書中、用法・用量に関連する使用上の注意において、「副作用や治療効果不十分等により本剤を中止した場合には、本剤の投与を再開しないこと」との記載がある。

2 (略)

3 上記1の(2)における「一定の条件」を満たす場合は、下記のいずれかによるものとする。

(1) これまでの24週以上のインターフェロン治療 ((ペグ) インターフェロン製剤単独、リバビリンとの併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法をいう。以下同じ。) において、HCV-RNAが一度も陰性化しなかった場合

(2) インターフェロン治療の開始12週後にHCV-RNAが前値 (治療開始約半年前から直前までのHCV-RNA定量値をいう。) の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった場合

別表第3 (略)

認定基準

1 インターフェロン治療について

(1) (略)

(2) HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変で、インターフェロン治療 (3剤併用療法を除く。) を行う予定である者又は実施中である者のうち、これまでに十分量の 3剤併用療法 による24週投与を行ったことがなく、かつ、肝がんの合併のないもの

(3) HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、3剤併用療法を行う予定である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの

(注) 1 上記については、(2)に係る治療歴の有無を問わない。

2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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。

(4) (略)

(5) (略)

2 (略)

3 インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患 (C型慢性肝炎、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの

(注) 1 上記については、1(2)及び1(3)に係る治療歴の有無を問わない。

2～4 (略)

2・3 (略)

別表第2 (略)

助成期間の延長に関する取扱い

1 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。

(1) (略)

(2) (略)

(3) 上記(1)及び(2)に該当する場合には、上記(1)及び(2)の規定にかかわらず最大1年8月を限度とする。

2 (略)

別表第3 (略)

認定基準

1 インターフェロン治療について

(1) (略)

(2) HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変で、インターフェロン治療を行う予定である者又は実施中である者のうち、これまでに十分量の 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3剤併用療法 (以下「3剤併用療法」という。) による24週投与を行ったことがなく、かつ、肝がんの合併のないもの

(3) (略)

(4) (略)

2 (略)

3 インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患 (C型慢性肝炎、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの

(注) 1 上記については、1(2)及び3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

2～4 (略)

附 則

1 この告示は、公示の日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

2 この告示の施行の際改正前の静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱 (以下「改正前の要綱」という。) の規定及び様式により提出されている申請書等は、改正後の静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱の規定及び様式により提出された申請書等とみなす。

3 この告示の施行の際現に改正前の要綱の様式により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。

様式第1号 (第4条関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)
(表)

肝炎治療受給者証交付申請書 (インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療) (該当に○)				
申請区分 (該当に○)		新規・転入・2回目・3回目・更新・再治療		
申請者	ふりがな		性別 (該当に○)	男・女
	氏名			
申請者	生年月日	年 月 日	職業	
	住所	〒 - (自宅電話 - -) (携帯電話 - -)		
申請者	加入医療保険 (該当に○)	保険種別	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 国保退職者 8 後期高齢者	
		保険の区分	1 被保険者 2 被扶養者 (被保険者名 続柄)	
病名 (該当に○)		1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) 4 慢性肝疾患 (B型肝炎ウイルスによる)		
本助成制度利用歴		1 なし 2 あり 受給者番号 () 助成期間 (年 月 ~ 年 月)		
医療機関	名称			
	所在地			
<p>インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療又はインターフェロンフリー治療の効果・副作用等について説明を受け、下段(注)を了承した上で治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">静岡県知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (氏名を自署する場合は、押印は不要です。) ㊞</p>				

前年(前々年)の所得に対する世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円以上であり、自己負担が最高階層となることを了承し、課税年額等を証明する書類を提出しません。

氏名

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税課税年額の合算対象から除外することを希望します。

除外対象者氏名

- (注)
- 肝炎治療特別促進事業の認定基準は裏面のとおりです。
 - 市町村民税課税年額の合算対象から除外することを希望する者がある場合は、その者が申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者であることを確認できる資料を併せてご提出ください。
 - ※は保健所で記入します。
 - 本助成事業の助成を受けて行った治療成績等に関して、治療効果の判定及び県の肝炎対策に関する参考資料に活用させていただく場合があります。

市町村民税			自己負担限度額	
※ 非課税	※ 課税	※ 所得割課税年額 円	※ A (10,000円)	※ B (20,000円)

確認1	確認2
※	※

様式第1号 (第4条関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)
(表)

肝炎治療受給者証交付申請書 (インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療) (該当に○)				
申請区分 (該当に○)		新規・転入・2回目・3回目・更新・再治療		
申請者	ふりがな		性別 (該当に○)	男・女
	氏名			
申請者	生年月日	年 月 日	職業	
	住所	〒 - (自宅電話 - -) (携帯電話 - -)		
申請者	加入医療保険 (該当に○)	保険種別	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 国保退職者 8 後期高齢者	
		保険の区分	1 被保険者 2 被扶養者 (被保険者名 続柄)	
病名 (該当に○)		1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 4 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 5 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) 6 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)		
本助成制度利用歴		1 なし 2 あり 受給者番号 () 助成期間 (年 月 ~ 年 月)		
医療機関	名称			
	所在地			
<p>インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療又はインターフェロンフリー治療の効果・副作用等について説明を受け、下段(注)を了承した上で治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">静岡県知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (氏名を自署する場合は、押印は不要です。) ㊞</p>				

前年(前々年)の所得に対する世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円以上であり、自己負担が最高階層となることを了承し、課税年額等を証明する書類を提出しません。

氏名

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税課税年額の合算対象から除外することを希望します。

除外対象者氏名

- (注)
- 肝炎治療特別促進事業の認定基準は裏面のとおりです。
 - 市町村民税課税年額の合算対象から除外することを希望する者がある場合は、その者が申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者であることを確認できる資料を併せてご提出ください。
 - ※は保健所で記入します。
 - 本助成事業の助成を受けて行った治療成績等に関して、治療効果の判定及び県の肝炎対策に関する参考資料に活用させていただく場合があります。

市町村民税			自己負担限度額	
※ 非課税	※ 課税	※ 所得割課税年額 円	※ A (10,000円)	※ B (20,000円)

確認1	確認2
※	※

(裏)

別表第3 (第4条、第6条関係)

認定基準

1 インターフェロン治療について

- (1) HBe抗原陽性(ペグインターフェロン製剤を用いる治療にあつては、HBe抗原陽性又はHBe抗原陰性)で、かつ、HBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎で、インターフェロン治療を行う予定である者又はインターフェロン治療を実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの
- (2) HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変で、インターフェロン治療(3剤併用療法を除く。)を行う予定である者又は実施中である者のうち、これまでに十分量の3剤併用療法による24週投与を行ったことがなく、かつ、肝がんの合併のないもの
- (3) HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、3剤併用療法を行う予定である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの

(注) 1 上記については、(1)に係る治療歴の有無を問わない。

2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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。

(4) 肝炎治療特別促進事業においてB型慢性肝疾患の3回目の助成を受けることができるのは、上記(1)の基準を満たし、かつ、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。)を用いる治療に続いてペグインターフェロン製剤を用いる治療を受けて不成功であった者に対し、再度ペグインターフェロン製剤を用いる治療を行う場合とする。

(5) 肝炎治療特別促進事業においてC型慢性肝疾患の2回目の助成を受けることができるのは、上記(2)の基準を満たし、かつ、以下のア又はイのいずれにも該当しない場合とする。

ア 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による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったとき

イ 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週投与が行われたとき

2 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い、肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患のため核酸アナログ製剤治療を行う予定である者又は現に核酸アナログ製剤治療を行っている者

3 インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患(C型慢性肝炎、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの

(注) 1 上記については、1(2)及び1(3)に係る治療歴の有無を問わない。

2 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。

3 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会認定肝臓専門医又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が診断書を作成することとする。

4 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日本消化器病学会認定消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成することとする。

(裏)

別表第3 (第4条、第6条関係)

認定基準

1 インターフェロン治療について

- (1) HBe抗原陽性(ペグインターフェロン製剤を用いる治療にあつては、HBe抗原陽性又はHBe抗原陰性)で、かつ、HBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎で、インターフェロン治療を行う予定である者又はインターフェロン治療を実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの
- (2) HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変で、インターフェロン治療を行う予定である者又は実施中である者のうち、これまでに十分量の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3剤併用療法(以下「3剤併用療法」という。)による24週投与を行ったことがなく、かつ、肝がんの合併のないもの

(3) 肝炎治療特別促進事業においてB型慢性肝疾患の3回目の助成を受けることができるのは、上記(1)の基準を満たし、かつ、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。)を用いる治療に続いてペグインターフェロン製剤を用いる治療を受けて不成功であった者に対し、再度ペグインターフェロン製剤を用いる治療を行う場合とする。

(4) 肝炎治療特別促進事業においてC型慢性肝疾患の2回目の助成を受けることができるのは、上記(2)の基準を満たし、かつ、以下のア又はイのいずれにも該当しない場合とする。

ア 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による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったとき

イ 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週投与が行われたとき

2 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い、肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患のため核酸アナログ製剤治療を行う予定である者又は現に核酸アナログ製剤治療を行っている者

3 インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患(C型慢性肝炎、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの

(注) 1 上記については、1(2)及び3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

2 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。

3 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会認定肝臓専門医又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が診断書を作成することとする。

4 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日本消化器病学会認定消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成することとする。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (インターフェロン治療(3剤併用療法を除く)・新規用)

フリガナ	性別			生年月日(年齢)		
氏名	男・女			年 月 日生 (満 歳)		
住所	郵便番号					
	電話番号 ()					
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月 年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名			
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、下記1及び2の該当する項目をチェックする。 1 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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 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:) 2 インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 直近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。					
検査所見 ※インターフェロン治療開始前の所見を記入する。	1 肝炎ウイルスマーカー(診断病名に対応する方を必ず記載する。)					
	B型肝炎ウイルスマーカー			C型肝炎ウイルスマーカー		
	(1) HBs 抗原 (+/-) (検査日: 年 月 日)			(1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____)		
	(2) HBe 抗原 (+/-) HBe 抗体 (+/-) (検査日: 年 月 日)			(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 判定不能		
2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比に必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ 万/μl (施設の基準値: _____ ~ _____)						
3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。)						
4 特記事項(※) (過去のインターフェロン治療歴やB型の併用療法治療歴を、ここに記載する。)						
診断	該当番号を1つ○で囲む。 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)					
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)					
治療内容	該当番号を1つ○で囲む。(上記診断に対し、保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。) 1 インターフェロンα製剤単独 2 インターフェロンβ製剤単独 3 ペグインターフェロン製剤単独 4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 その他() (具体的に記載する。) 治療予定期間 (24週・48週・その他(週)) (該当する方を○で囲む。) (年 月 ~ 年 月)					
治療上の問題(※)						
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 Ⓜ					
(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にはいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医						

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
2 B型肝炎ウイルスマーカーのHBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6月以内(ただし、インターフェロン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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (インターフェロン治療・新規用)

フリガナ	性別			生年月日(年齢)		
氏名	男・女			年 月 日生 (満 歳)		
住所	郵便番号					
	電話番号 ()					
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月 年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名			
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、下記1及び2の該当する項目をチェックする。 1 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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 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:) 2 インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 直近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。					
検査所見 ※インターフェロン治療開始前の所見を記入する。	1 肝炎ウイルスマーカー(診断病名に対応する方を必ず記載する。)					
	B型肝炎ウイルスマーカー			C型肝炎ウイルスマーカー		
	(1) HBs 抗原 (+/-) (検査日: 年 月 日)			(1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____)		
	(2) HBe 抗原 (+/-) HBe 抗体 (+/-) (検査日: 年 月 日)			(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 判定不能		
2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比に必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ 万/μl (施設の基準値: _____ ~ _____)						
3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。)						
4 特記事項(※) (過去のインターフェロン治療歴やB型の併用療法治療歴を、ここに記載する。)						
診断	該当番号を1つ○で囲む。 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)					
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)					
治療内容	該当番号を1つ○で囲む。(上記診断に対し、保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。) 1 インターフェロンα製剤単独 2 インターフェロンβ製剤単独 3 ペグインターフェロン製剤単独 4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 その他() (具体的に記載する。) 治療予定期間 (24週・48週・その他(週)) (該当する方を○で囲む。) (年 月 ~ 年 月)					
治療上の問題(※)						
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 Ⓜ					
(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にはいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医						

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
2 B型肝炎ウイルスマーカーのHBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6月以内(ただし、インターフェロン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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (インターフェロン治療(3剤併用療法を除く)・2回目用)

フリガナ	性別			生年月日(年齢)	
氏名	男・女			年 月 日生(満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月日 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月 年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名		
過去の治療歴	B型慢性活動性肝炎		C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変		
	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。		(1) 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 <input type="checkbox"/> 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週目までにHCV-RNAが陰性化しなかった。 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。 (2) 過去の3剤併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 以下の③、④のいずれかに該当する。 ③ 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)の治療歴なし。 ④ 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。(経過、理由を以下に記載する。) (具体的な経過・理由:) (3) インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 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。		
検査所見	1 肝炎ウイルスマーカー(診断病名に対応する方を必ず記載する。)				
	B型肝炎ウイルスマーカー		C型肝炎ウイルスマーカー		
	(1) HBs 抗原 (+/-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe 抗原 (+/-) HBe 抗体 (+/-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (検査日: 年 月 日)		(1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (検査日: 年 月 日) (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 判定不能		
※インターフェロン治療2回目開始前の所見を記入する。 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ 万/μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 3 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。)					
診断	該当番号を1つ○で囲む。 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)				
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治癒後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)				
2回目の治療内容	該当番号を1つ○で囲む。(上記診断に対し、保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。) 1 インターフェロンα製剤単独 2 インターフェロンβ製剤単独 3 ペグインターフェロン製剤単独 4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 その他 () (具体的に記載する。) 治療予定期間 (24週・48週・その他(週)) (該当する方を○で囲む。) (年 月 ~ 年 月)				
治療上の問題点(※)	記載年月日: 年 月 日				
(医療機関)	所在地				
所在地	電話番号				
名称	電話番号				
医師氏名	④				
(医師が署名又は記名押印してください)					
(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にはいずれかにチェックが必要)					
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医					

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
 2 B型肝炎ウイルスマーカーのHBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6月以内(ただし、インターフェロン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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
 4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (インターフェロン治療・2回目用)

フリガナ	性別			生年月日(年齢)	
氏名	男・女			年 月 日生(満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月日 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月 年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名		
過去の治療歴	B型慢性活動性肝炎		C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変		
	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。		(1) 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 <input type="checkbox"/> 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週目までにHCV-RNAが陰性化しなかった。 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。 (2) 過去の3剤併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 以下の③、④のいずれかに該当する。 ③ 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)の治療歴なし。 ④ 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。(経過、理由を以下に記載する。) (具体的な経過・理由:) (3) インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 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。		
検査所見	1 肝炎ウイルスマーカー(診断病名に対応する方を必ず記載する。)				
	B型肝炎ウイルスマーカー		C型肝炎ウイルスマーカー		
	(1) HBs 抗原 (+/-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe 抗原 (+/-) HBe 抗体 (+/-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (検査日: 年 月 日)		(1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (検査日: 年 月 日) (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 判定不能		
※インターフェロン治療2回目開始前の所見を記入する。 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ 万/μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 3 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。)					
診断	該当番号を1つ○で囲む。 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)				
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治癒後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)				
2回目の治療内容	該当番号を1つ○で囲む。(上記診断に対し、保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。) 1 インターフェロンα製剤単独 2 インターフェロンβ製剤単独 3 ペグインターフェロン製剤単独 4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 その他 () (具体的に記載する。) 治療予定期間 (24週・48週・その他(週)) (該当する方を○で囲む。) (年 月 ~ 年 月)				
治療上の問題点(※)	記載年月日: 年 月 日				
(医療機関)	所在地				
所在地	電話番号				
名称	電話番号				
医師氏名	④				
(医師が署名又は記名押印してください)					
(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にはいずれかにチェックが必要)					
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医					

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
 2 B型肝炎ウイルスマーカーのHBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6月以内(ただし、インターフェロン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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
 4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（3剤併用療法・新規用）

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	____年____月 ____年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
過去の 治療歴	(下記1及び2の該当する項目をチェックする。) 1 インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴なし(未治療) <input type="checkbox"/> 治療歴あり (チェックした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療法 (中止・再燃・無効) イ 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 2 インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 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。		
検査所見 ※3剤併用療法 開始前の所見を記 入する。	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 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比に必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST ____ IU/l (施設の基準値: ____~____) ALT ____ IU/l (施設の基準値: ____~____) ヘモグロビン ____ g/dl (施設の基準値: ____~____) 血小板 ____ 万/μl (施設の基準値: ____~____) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見:)		
診断	診断は以下に該当する。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる、)		
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)		
治療内容	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(薬剤名)3剤併用療法 治療予定期間 24週 (年 月~ 年 月)		
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 @ (医師が署名又は記名押印してください) (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にはいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医		

(削除)

- (注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
 2 記載日前6月以内(ただし、3剤併用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。
 4 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする(副作用治療は除く)。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (3剤併用療法・再治療用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月 年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
過去の 治療歴	(下記1及び2の該当する項目をチェックする。) 1 インターフェロン治療歴 □ 治療歴なし(未治療) □ 治療歴あり (チェックした場合これまでの治療内容(該当項目を○で囲む。) ア ベ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 ベ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(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:) (中止・再燃・無効) 2 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。		
検査所見 ※3剤併用療法開 始前の所見を記入す る。	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 2 血液検査(検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____~_____) 血小板 _____ 万/μl (施設の基準値: _____~_____) 3 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (慢性肝炎であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見: _____)		
診断	診断は以下に該当する。 □ 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる。)		
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)		
治療内容	ベ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(薬剤名 _____)3剤併用療法 治療予定期間 24週 (年 月~ 年 月)		
治療上の問題点 (※)			
上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断する。 (医療機関) _____ 記載年月日: 年 月 日 所在地 _____ 名称 _____ 電話番号 _____ 医師氏名 _____ (医師が署名又は記名押印してください) (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にはいずれかにチェックが必要) □ 日本肝臓学会認定肝臓専門医 □ 日本消化器病学会認定消化器病専門医			

(削除)

- (注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
2 記載日前6月以内(ただし、3剤併用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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
5 本診断書は治療実施医療機関が発行することとします(副作用治療は除く。)

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療用・新規用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月 年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
インターフェロン 治療歴	(該当する場合チェックする。) <input type="checkbox"/> 治療歴あり (チェックした場合)これまでの治療内容(該当項目を○で囲む。) ア ベ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 ベ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(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:)		
検査所見 ※治療開始前の 所見を記入する。	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には記載:) 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 万/μl (施設の基準値: ~) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見:) 4 (肝硬変の場合)Child-Pugh分類 A・B・C (該当するものを○で囲む。)		
診断	診断は以下のいずれかに該当する。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) <input type="checkbox"/> 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。		
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)		
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)		
治療上の問題点 (※)			
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 Ⓜ (医師が署名又は記名押印してください)		
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医			

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
2 記載日前6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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療用・新規用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月 年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
インターフェロン 治療歴	(該当する場合チェックする。) <input type="checkbox"/> 治療歴あり (チェックした場合)これまでの治療内容(該当項目を○で囲む。) ア ベ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 ベ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(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:)		
検査所見 ※治療開始前の 所見を記入する。	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には記載:) 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 万/μl (施設の基準値: ~) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見:) 4 (肝硬変の場合)Child-Pugh分類 A・B・C (該当するものを○で囲む。)		
診断	診断は以下のいずれかに該当する。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) <input type="checkbox"/> 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。		
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)		
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)		
治療上の問題点 (※)			
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 Ⓜ (医師が署名又は記名押印してください)		
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医			

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
2 記載日前6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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療・再治療用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月 年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
治療歴	(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。) 1 インターフェロン治療歴 □ 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パビル併用療法 (中止・再燃・無効) イ ペグインターフェロン、リパビル及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) ウ 上記以外の治療 (具体的に記載:) 2 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:)(中止・再燃・無効)		
検査所見 ※今回の治療前の 所見を記入する。	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には記載:) 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 万/μl (施設の基準値: ~) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見:) 4 (肝硬変の場合)Child-Pugh分類 A・B・C (該当するものを○で囲む。)		
診断	診断は以下のいずれかに該当する。 □ 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) □ 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。		
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)		
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。 □ 肝炎診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 □ 日本肝臓学会肝臓専門医又は □ 日本消化器病学会認定消化器病専門医で、別紙意見書を添付している医師		
治療上の問題点 (※)			
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 Ⓜ		
(医師が署名又は記名押印してください)			

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
2 記載日前6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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療・再治療用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月 年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
治療歴	(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。) 1 インターフェロン治療歴 □ 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パビル併用療法 (中止・再燃・無効) イ ペグインターフェロン、リパビル及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) ウ 上記以外の治療 (具体的に記載:) 2 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:)(中止・再燃・無効)		
検査所見 ※今回の治療前の 所見を記入する。	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には記載:) 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 万/μl (施設の基準値: ~) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見:) 4 (肝硬変の場合)Child-Pugh分類 A・B・C (該当するものを○で囲む。)		
診断	診断は以下のいずれかに該当する。 □ 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) □ 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。		
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)		
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。 □ 肝炎診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 □ 日本肝臓学会肝臓専門医又は □ 日本消化器病学会認定消化器病専門医で、別紙意見書を添付している医師		
治療上の問題点 (※)			
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 Ⓜ		
(医師が署名又は記名押印してください)			

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
2 記載日前6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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

様式第2号の10 (第4条関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)																																						
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)																																						
住所	郵便番号																																								
	電話番号 ()																																								
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月		前医 (※)	医療機関名																																					
	年頃 (月が不明の場合は下段)																																								
治療歴	(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。)																																								
	1 インターフェロン治療歴 <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、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:)) ウ 上記以外の治療 (具体的に記載:)) 2 インターフェロンフリー治療歴 <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)																																								
検査所見 ※今回の治療前の 所見を記入する。	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には記載:)) 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 万/μl (施設の基準値: ~) 3 Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) (該当する□にチェックを入れる。) <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> 合計 点(A・B・C) (該当するものを○で囲む。) 4 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見:)						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	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又はCに限る。																																								
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治癒後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)																																								
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)																																								
治療上の問題点 (※)																																									
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 ④ (医師が署名又は記名押印してください)																																								
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医 (インターフェロンフリー治療の再治療の場合は上記に加えて、いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤 <input type="checkbox"/> 別紙意見書を添付																																									

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
 2 記載日前6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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
 4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

様式第2号の8 (第4条関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)																																						
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)																																						
住所	郵便番号																																								
	電話番号 ()																																								
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月		前医 (※)	医療機関名																																					
	年頃 (月が不明の場合は下段)																																								
治療歴	(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。)																																								
	1 インターフェロン治療歴 <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、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:)) ウ 上記以外の治療 (具体的に記載:)) 2 インターフェロンフリー治療歴 <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)																																								
検査所見 ※今回の治療前の 所見を記入する。	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には記載:)) 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 万/μl (施設の基準値: ~) 3 Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) (該当する□にチェックを入れる。) <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> 合計 点(A・B・C) (該当するものを○で囲む。) 4 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見:)						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	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又はCに限る。																																								
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治癒後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)																																								
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)																																								
治療上の問題点 (※)																																									
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 ④ (医師が署名又は記名押印してください)																																								
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医 (インターフェロンフリー治療の再治療の場合は上記に加えて、いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤 <input type="checkbox"/> 別紙意見書を添付																																									

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
 2 記載日前6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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
 4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

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	郵便番号 電話番号 ()		

静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱別表第3 認定基準(抜粋)

3 インターフェロンフリー治療について
HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎(C型慢性肝炎、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの
(注)1 上記については、1(2)及び1(3)に係る治療歴の有無を問わない。
2 上記については、C型慢性肝炎、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。
3 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会認定肝臓専門医又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が診断書を作成することとする。
4 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日本消化器病学会認定消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成することとする。

1 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。

(該当する項目をチェックしてください。)

- 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。
- 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2 該当する意見にチェックの上返信して下さい。

- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切である。
(推奨する治療: _____)
- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 _____ (医師が署名又は記名押印してください。)

(注) 1 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
2 本意見書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が記載する必要があります。

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

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	郵便番号 電話番号 ()		

静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱別表第3 認定基準(抜粋)

3 インターフェロンフリー治療について
HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎(C型慢性肝炎、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの
(注)1 上記については、1(2)及び3(併用療法)に係る治療歴の有無を問わない。
2 上記については、C型慢性肝炎、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。
3 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会認定肝臓専門医又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が診断書を作成することとする。
4 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日本消化器病学会認定消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成することとする。

1 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。

(該当する項目をチェックしてください。)

- 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。
- 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2 該当する意見にチェックの上返信して下さい。

- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切である。
(推奨する治療: _____)
- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 _____ (医師が署名又は記名押印してください。)

(注) 1 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
2 本意見書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が記載する必要があります。

様式第5号の3（第6条の2関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

（表）

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書（シメプレビルを含む3剤併用療法用）

年 月 日

静岡県知事 氏名 様

住 所 （〒 - ）

申請者 氏 名 ⑩

電話番号 （ ） -

（氏名を自署する場合は、押印は不要です。）

私は、シメプレビルを含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※以下の項目すべてに記入してください。

受給者番号								
現行有効期間	自	年	月	日	至	年	月	日

（注）

- 1 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
- 2 記入漏れがある場合などは、承認されないことがありますのでご注意ください。

（削 除）

様式第5号の4 (第6条の2関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)
(表)

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書 (2か月延長用)

年 月 日

静岡県知事 氏名 様

住 所 (〒 -)

申請者 氏 名 ⑩

電話番号 () -

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

私は、インターフェロン投与期間において、以下の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※以下の項目すべてに記入してください。

受給者番号								
現行有効期間	自	年	月	日	至	年	月	日
期間延長を必要とする要因	1 重大な副作用の発生による治療中断のため 2 他の疾患の罹患による治療中断のため 3 その他申請者の責に帰することのできない事由による治療中断のため ()							

(注)

- 1 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
- 2 記入漏れがある場合などは、承認されないことがありますのでご注意ください。

様式第5号の3 (第6条の2関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)
(表)

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書 (2か月延長用)

年 月 日

静岡県知事 氏名 様

住 所 (〒 -)

申請者 氏 名 ⑩

電話番号 () -

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

私は、インターフェロン投与期間において、以下の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※以下の項目すべてに記入してください。

受給者番号								
現行有効期間	自	年	月	日	至	年	月	日
期間延長を必要とする要因	1 重大な副作用の発生による治療中断のため 2 他の疾患の罹患による治療中断のため 3 その他申請者の責に帰することのできない事由による治療中断のため ()							

(注)

- 1 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
- 2 記入漏れがある場合などは、承認されないことがありますのでご注意ください。

