

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 氏名		性別	男・女	生 年 月 日	年 月 日
住 所	(〒 - )	電話番号		( )	
1. 診断年月日	年 月 日	前医 (あれば記載)	医療機関名 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: ) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効)</p> <p>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、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>ウ 上記のいずれにも該当しない(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)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>ALT _____ IU/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 (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	
どちら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"/> 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	適・保・否	

**「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。ただし、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン併用療法（リバビリンはレベトールカプセル200mgに限る。）の対象は、C型慢性肝炎のみです。

**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
ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法	2 4 週間
ソホスブビル及びリバビリン併用療法（セクグループ 1(ジェノタイプ 1)又はセクグループ 2 (ジェノタイプ 2) のいずれにも該当しない者の場合)	
オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン併用療法（リバビリンはレベトールカプセル200mgに限る。）	1 6 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	
オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療	
エルバスビル及びグラゾプレビル併用療法	
ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠による治療	
グレカプレビル水和物・ピブレント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。