

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 (再治療用)

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、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>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>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 薬剤名: () (中止・再燃・無効)</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>その他の血液検査所見 (必要に応じて記載)</p> <p>(所見: _____)</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 ※「治療予定期間」は必ず記載してください。	<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 () 週 (年 月 日 ~ 年 月 日)</p>				
7. 治療上の問題点					
8. 本診断書を作成する医師	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外の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で、別紙意見書を添付している医師</p>				
上記のとおり、以前と異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。					
医療機関名及び所在地					
医師氏名					
印					
記載年月日 年 月 日					

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（再治療用）（様式第2号の3）記入時の注意事項

○診断書について

- ・2回目以降のインターフェロンフリー治療の助成を受けようとする申請者は、この診断書を使用してください。（非代償性肝硬変の場合は、様式第2号の5を使用してください。）

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。

3. 「検査所見」について

- ・「その他の血液検査所見（必要に応じて記載）」の欄には、診断書作成医が認定協議会に知らせた方がよいと思われる所見を記載してください。
- ・画像診断及び肝生検等の所見を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は助成対象となりません。

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・ベルパタスビル配合剤による治療（リバビリンと併用） 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（セコ [®] グループ 1(ジ [®] エノタイプ 1)又はセコ [®] グループ 2(ジ [®] エノタイプ 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。） ソホスブビル及びリバビリン併用療法	1 6 週間
レジバスビル／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	1 2 週間
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。

8. 「本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（再治療）に対する助成の申請にあたっては、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としています。
- ・診断書作成医が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でない場合は、この診断書に加えて、意見書（様式第2号の4）の添付が必要です。