

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(非代償性肝硬変用)

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の有無 (あり・なし) (該当する方を○で囲む。)</p> <p>治療歴が「あり」の場合、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. Child-Pugh 分類 (検査日: 年 月 日) 該当する□にチェックを入れる</p> <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> <p>合計: _____ 点 (A・B・C) (該当する方を○で囲む)</p> <p>4. 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>						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																																				
※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. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh 分類B及びCに限る。</p>																																								
5. 肝がんの合併	<p>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。</p>																																								
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>インターフェロンフリー治療歴のある場合、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。</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>																																								
<p>上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると診断します。</p> <p style="text-align: right;">記載年月日 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地</p> <p>医師氏名 印</p>																																									

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（非代償性肝硬変用）（様式第2号の5）記入時の注意事項

○診断書について

- ・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。

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。
- ・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。

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	1 2 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。
- ・インターフェロンフリー治療歴があり、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以外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の場合は、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。