（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 |