

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 へパトームの有無 ( あり ・ なし ) 1 慢性肝炎 2 代償性肝硬変 3 非代償性肝硬変 4 その他 ( 具体的に : )
1. インターフェロンの治療内容 (該当に○)	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⇒ <b>※7 2週延長投与がある場合は、2を記載</b> 7 インターフェロン少量長期投与（自己注射） 8 ペグインターフェロン+リバビリン+プロテアーゼ阻害剤3剤併用⇒ <b>※裏面3(2)を記載</b> (プロテアーゼ阻害剤の薬剤名: _____) 9 その他 具体的に ( ) <b>※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(1)を記載</b> <b>◆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。</b> ・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) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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）] (1) 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が陰性化した者が再燃した者で、『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。 <input type="checkbox"/> 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が陰性化した者が再燃した者である。 <input type="checkbox"/> 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。）。 <input type="checkbox"/> 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。） (2) (1)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。 <input type="checkbox"/> 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。）。 <input type="checkbox"/> 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. 今後の治療と過去の治療歴等	(1) インターフェロン単剤又は2剤治療の場合 <b>ア B型慢性活動性肝炎の場合</b> <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。 (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. 今後の治療と過去の治療歴等	(1) インターフェロン単剤又は2剤  (2) 3剤併用療法の場合  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">           ⇒ 3剤併用療法の再治療を行う場合は、イ欄を記載してください         </div>	<p><b>イ C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</b></p> <p><b>(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</b></p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><b>(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</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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: _____ )</p> <p><b>(ロ) 過去のインターフェロンフリー治療歴</b></p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: _____ )</p> <p><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。</p> <hr/> <p><b>ア. 過去の治療歴について</b></p> <p><b>(ア) インターフェロン治療歴</b></p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 「治療歴あり」の場合、これまでの治療内容(該当する項目に○を付す。)</p> <p>a 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>b 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(中止・再燃・無効)</p> <p>c 上記以外の治療(具体的に: _____) (中止・再燃・無効)</p> <p><b>(イ) インターフェロンフリー治療歴</b></p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: _____ )</p> <p><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。</p> <hr/> <p><b>イ. 3剤併用療法の再治療の場合の検査所見等</b> (※上記ア(ア) bに該当する場合に記載・チェックが必要)</p> <p><b>(ア) C型肝炎ウイルスマーカー</b></p> <p>・ HCV-RNA定量 _____ log copy/ml (リアルタイムPCR法) (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>・ セロタイプ(グループ)、あるいはジェノタイプ(1型・2型) (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p><b>(イ) 血液検査</b> (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>・ AST _____ IU/l</p> <p>・ ALT _____ IU/l</p> <p>・ ヘモグロビン _____ g/dl</p> <p>・ 血小板数 _____ 万/μl</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin: 5px auto; width: fit-content;">       ※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。     </div> <p><b>(ロ) 画像診断及び肝生検などの所見</b> (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>(所見: _____ )</p> <p><b>(エ) 再治療の適切性</b> (※チェックがないと助成対象となりません。)</p> <p><input type="checkbox"/> 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と判断する。</p>
4. 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。 (医療機関名称・所在地)		記載年月日: _____ 年 月 日
(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)		<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
(担当医師名) _____		印
(3剤併用療法の再治療の場合に審査を実施する。)		
審査	年 月 日	審査意見
適・保・否	適・保・否	
適・保・否	適・保・否	