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）

R4.11改正

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 該当する方を○で囲み、必要事項を記載する。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。）　　※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。　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）　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）　ウ．上記以外の治療　　　（具体的に記載： 　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）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。）　　※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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ３．検査所見※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。 | 今回の治療開始前の所見を記入する。１．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー　（検査日：　　　　　　年　　　月　　　日）　⑴ HCV-RNA定量　＿＿＿　（単位：　　　　、測定法　　　　　　　　　　　　　）　⑵ ウイルス型（該当する項目を○で囲む。）　　　ア セロタイプ（グループ）１、あるいはゲノタイプ１　　イ セロタイプ（グループ）２、あるいはゲノタイプ２　　ウ 上記のいずれにも該当しない（ゲノタイプ検査データがある場合は記載：　　　　　　　　　 ）２．血液検査　（検査日：　　　　　　年　　　月　　　日）　　AST 　　　　　＿＿＿　U／ｌ 　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） 　　ALT 　　　　　＿＿＿　U／ｌ 　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　血小板　　 　 ＿＿＿　／ul （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　３．画像診断及び肝生検などの所見　（検査日：　　　　　　年　　　月　　　日）　（所見：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）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。） |
| ４．診断 | 該当する方にチェックする。□ １．慢性肝炎（Ｃ型肝炎ウイルスによる）□ 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。 |
| 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。 | ・インターフェロンフリー治療　（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　・治療予定期間（　　　） 週（　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　　年　　　月　　　日） |
| ７．治療上の問題点 |  |
| 記載年月日　　　　　年　　月　　日医療機関名及び所在地 |
| どちら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 |
| 　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 審査　　　年　　　月　　　日 | 審査意見※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は、様式第２号の５を使用してください。 |
|  |  |  |
| 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。

**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 |
| ソホスブビル及びリバビリン併用療法（ｾﾛｸﾞﾙｰﾌﾟ1(ｹﾞﾉﾀｲﾌﾟ1)又はｾﾛｸﾞﾙｰﾌﾟ2（ｹﾞﾉﾀｲﾌﾟ2）のいずれにも該当しない者の場合） | ２４週間 |
| ソホスブビル及びリバビリン併用療法 | １２週間 |
| レジパスビル／ソホスブビル配合錠による治療 |
| ソホスブビル・ベルパタスビル配合剤による治療 |
| 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。

**○「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。