

ウイルス肝炎(慢性肝炎・肝硬変・ヘパトーム)臨床個人票

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 (該当に○)	( B・C ) 型 ヘパトームの有無 ( あり・なし ) ※診断日: ____年__月__日 1 慢性肝炎 2 代償性肝硬変 3 非代償性肝硬変				
2. 診断根拠	<input type="checkbox"/> 臨床所見 <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> 組織所見 <input type="checkbox"/> 画像診断 <input type="checkbox"/> その他				
3. 既往歴	輸血歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: ____年 手術歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: ____年 飲酒歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: ____量 肝炎歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: ____年				
4. 検査所見	<p>ア. B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(ア) HBs抗原 ( +・- ) (検査日: ____年__月__日)</p> <p>(イ) HBe抗原 ( +・- ) HBe抗体 ( +・- ) (検査日: ____年__月__日)</p> <p>(ウ) HBV-DNA定量 ____ log copy/ml (リアルタイムPCR法) (検査日: ____年__月__日)</p> <p>イ. C型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(ア) HCV-RNA定量 ____ log copy/ml (リアルタイムPCR法) (検査日: ____年__月__日)</p> <p>(イ) 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)</p> <p>ウ. 血液検査 (検査日: ____年__月__日)</p> <p>AST ____ U/l</p> <p>ALT ____ U/l</p> <p>ヘモグロビン ____ g/dl</p> <p>血小板数 ____ 万/μl</p> <p>エ. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: ____年__月__日)</p> <p>(所見: _____)</p>				
5. 抗ウイルス療法の予定	<p>ア. 予定なし</p> <p>具体的な治療内容を記載 ( _____ )</p> <p>イ. 予定あり</p> <p>1 インターフェロンα単独 2 インターフェロンβ単独</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>7 インターフェロン少量長期投与 (自己注射)</p> <p>8 エンテカビル 9 ラミブジン 10 テノホビル ※併用の場合は複数選択</p> <p>11 その他 (具体的に: _____)</p> <p>※「治療予定期間」は必ず記載してください。</p> <p>治療予定期間: ____週 ____年__月__日～ ____年__月__日・終期は未定</p> <p>HIV感染歴の有無 (核酸アナログ製剤治療を行う場合は任意で記入) ※審査結果には影響しません</p> <p>HIV感染歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いずれかにチェック)</p> <p>※日本肝臓学会B型肝炎治療ガイドラインによると、未治療のHIV感染者に対して、HBV感染に対する核酸アナログ製剤を単独投与すると、HIVが薬剤耐性を獲得する可能性があるため、HBVに対して核酸アナログを使用する前にはHIV感染症合併の有無を確認するべきとされています。</p>				
6. 過去の治療歴	<p>ア. 新規申請で、C型肝炎ウイルスに対する治療の場合</p> <p>(ア) 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</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>(イ) インターフェロンフリー治療歴</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> <p>イ. 平成20年4月以降で数えて2回目の制度利用の場合</p> <p>(ア) B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><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た。</p> <p><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。</p>				

※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。

<p>(前ページから続く)</p> <p><b>6. 過去の治療歴</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>インターフェロン治療の場合に記載してください</p> </div>	<p>(イ) C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</p> <p>a 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</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 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</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>c 過去のインターフェロンフリー治療歴</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> <p>ウ. 3回目の制度利用の場合</p> <p>(ア) B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。</p>
<p><b>7. 今後の治療</b></p>	<p>(今後の治療方針等を記載してください)</p>
<p>記載年月日 年 月 日</p>	
<p>医療機関名及び所在地</p>	
<p>(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)</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p><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</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	

診 断 の 手 引 き

- 1 慢性肝炎
  - (1) 肝組織学的に慢性肝炎の所見がみとめられるもの。
  - (2) 6か月以上にわたり、肝炎に伴う肝機能異常が持続するもの。
- 2 肝硬変
  - (1) 腹腔鏡、肝生検などにより肝硬変の所見がみられるもの。
  - (2) 黄疸・腹水・肝性脳症などの肝不全症やクモ状血管腫・女性化乳房・脾腫・腹壁静脈怒張・食道静脈瘤などの肝硬変に起因すると考えられる臨床症状がみられるもの。
  - (3) アルブミンの低下、ビリルビンの上昇、プロトロンビン時間の延長などの肝予備能の低下がみられるもの。
- 3 ヘパトーム
  - (1) 肝画像診断、AFP、PIVKA-II等の検査により診断されたもの。