

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
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	※7 2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 ()	
※「治療予定期間」は必ず記載してください。	※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	(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)]	
※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。	(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 + 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 + 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. 過去の治療歴	ア B型慢性活動性肝炎の場合 <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. 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <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： _____) (ウ) 過去のインターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名： _____) <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。
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 ・ 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: _____) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px; 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>
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) <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

審査	年	月	日	審査意見
適・保・否	適・保・否	適・保・否	適・保・否	