

**B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票 (インターフェロン治療) 認定に係る診断書**  
(B型慢性活動性肝炎に対する3回目の制度利用)

以下の内容は、愛知県の指定する医療機関の日本肝臓学会肝臓専門医等が記入してください。

フリガナ 氏名		性別	1. 男	2. 女	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)
住 所	郵便番号		電 話 ( )			
診 断 年 月	年 月	前 医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名			
過去の治療歴	<p>以下の内容に該当する場合は「はい」を、そうでない場合は「いいえ」を○で囲む。                  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。(はい・いいえ)</p>					
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型ウィルスマーカー (検査日: 年 月 日)                  (1) HBs抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む)                  (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (該当する方を○で囲む)                  (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)                  AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____ )                  ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____ )                  血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____ )</p> <p>3. 画像診断および肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)                  所見 (具体的に記載)                  [ _____ ]</p>					
診断	該当項目を☑する <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)					
肝がんの合併	肝がん 1. あり・・・【 ありの場合 治療中・治癒後 (該当する方を○で囲む) 】 2. なし (病状等を記載してください)					
治療内容	該当番号を○で囲む 1. ペグインターフェロン製剤単独 2. その他 具体的に記載してください ( _____ )  治療医療機関 (該当番号を○で囲み、医療機関名を記載してください) 1. 当院 2. 上記以外の連携医療機関 ( _____ )  治療 (予定) 期間 _____ 週 ( _____ 年 月 ~ _____ 年 月 )					
治療上の問題点						
医療機関名、所在地及び電話番号			記載年月日 年 月 日			
医師氏名 該当するものを○で囲んでください。(日本肝臓学会肝臓専門医 ・ 日本消化器病学会専門医 )						

※ 裏面に認定基準及び注意書きがあります。

【認定基準】

疾患名	治療名	助成制度の分類	認定基準
1 B型慢性肝疾患	(1) インターフェロン治療	新規・2回目	HBe抗原陽性かつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のない者。(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)
		3回目	HBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のない者。 ※ただし、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)による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものについて、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合とする。
	(2) 核酸アナログ製剤治療	新規更新	B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者。
2 C型慢性肝疾患	(1) インターフェロン単剤治療 インターフェロン及びリバビリン併用治療	新規	HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のない者。ただし、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)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。
		2回目	HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のない者。ただし、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)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。 ※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。 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による48週投与を行ったが、36週目までに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。
	(2) インターフェロンフリー治療	新規	HCV-RNA陽性の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、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。 ※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。 ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。 なお、インターフェロン単剤治療、インターフェロン及びリバビリン併用治療並びにテラプレビル、シメプレビル又はパニプレビルを含む3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。 ※2 再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者票の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。