

千葉県肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）の認定に係る診断書（新規）

フリガナ		性別	生年月日					
患者氏名		男・女	明 昭	大 平				
住所	〒 -		電話番号 ( )					
診断年月	昭和・平成 年 月	前 医 (有の時記載)	医療機関名	医 師 名				
過去の治療歴	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p><b>1. インターフェロン治療歴</b></p> <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。（これまでの治療内容について該当項目を○で囲む） 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： ） 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： ） <p><b>2. インターフェロンフリー治療歴</b></p> <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。※ありの場合は再治療扱いとなります。							
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。＜6カ月以内の資料に基づき記載してください。＞（注）2</p> <p><b>1. C型肝炎ウイルスマーカー</b>（検査日：平成 年 月 日）  (1) HCV-RNA 定量 _____（単位：____、測定法 _____）  (2) ウイルス型 セロタイプ（グループ）1 _____ ・ セロタイプ（グループ）2 _____ [該当する方を○で囲む。]</p> <p><b>2. 血液検査</b>（検査日：平成 _____）  AST _____ IU/L  ALT _____ IU/L  血小板 _____ /ul（施設の基準値：_____～_____）</p> <p><b>3. 画像診断及び肝生検などの所見</b>（検査日：平成 年 月 日）  (所見： _____)</p> <p><b>4. 肝硬変症の場合</b> Child-Pugh 分類（※1） A・B・C [該当する分類を○で囲む。]</p>							
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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）（※2）Child-Pugh 分類Aに限る</p>							
肝がんの合併	<p>肝がん 1. あり 2. なし [該当する方を○で囲む。]</p>							
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療</p> <table border="1"> <tr> <td>セロタイプ（グループ）1型 薬剤名</td> <td>セロタイプ（グループ）2型 薬剤名</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>ソホスブビル・リバビリン併用療法</b></p> <p>≪ 治療予定期間 24 週（平成 年 月 ～ 平成 年 月） ≫</p>				セロタイプ（グループ）1型 薬剤名	セロタイプ（グループ）2型 薬剤名		
セロタイプ（グループ）1型 薬剤名	セロタイプ（グループ）2型 薬剤名							
治療上の問題点								
指定医療機関名 所在地 (いずれかにチェックが必要)	<p>記載年月日 平成 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医  (千葉県内の指定医療機関に限る)</p>							
医師氏名								

**ソホスブビル・リバビリン併用療法（治療24週）を申請される場合は、手書きで、ジェノタイプ検査データを記入してください。**

**ソホスブビル・リバビリン併用療法（治療24週）を申請される場合は、こちらにその旨記載してください。**

## インターフェロンフリー治療に係る診断書を作成する際の注意事項

- (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。

### ○「助成対象者」について

- ・インターフェロンフリー治療の助成対象は、HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh 分類AのC型代償性肝硬変で、肝がんの合併のないものです。

### ○「診断書を記載できる医師」について

- ・「千葉県肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）の認定に係る診断書（新規）」の記載は、千葉県内の肝疾患指定医療機関に勤務する日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医に限られています。千葉県外の医療機関においても診断書の作成はできますが、日本肝臓学会肝臓専門医に限ります。

### ○（※1）Child-Pugh 分類について

Child-Pugh 分類	1 点	2 点	3 点
肝性脳症	なし	軽度	時々昏睡あり
腹水	なし	少量	中等量
血清ビリルビン (mg/dl)	2.0 未満	2.0～3.0	3.0 超
血清アルブミン (g/dl)	3.5 超	2.8～3.5	2.8 未満
プロトロンビン活性 (%)	70 超	40～70	40 未満

Child-Pugh 分類 A:5～6 点 B:7～9 点 C:10～15 点

### ○（※2）「診断」について

- ・インターフェロンフリー治療の対象は、C型慢性肝炎又はChild-Pugh 分類AのC型代償性肝硬変です。Child-Pugh 分類B、Cは対象となりません。

### ○「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。