

# 肝炎インターフェロン治療受給者証認定に係る診断書（新規）

（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 3剤併用療法）

※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、本診断書の作成は日本肝臓学会肝臓専門医以外できません。

ふりがな		性別	1 男 2 女	生年月日	年 月 日生
氏 名					(満 歳)
住 所	〒 _____ 電話 ( _____ ) _____				

診断年月日	年 月 日	他院より転医	1 あり 2 なし
当該患者の3剤併用療法の実施にあたる連携医療機関（あれば記入）		医療機関名：	
		医 師 名：	

過去の治療歴 〔チェック及び〇をする〕	<p>1 インターフェロン治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 1 インターフェロン治療歴なし</p> <p><input type="checkbox"/> 2 インターフェロン治療歴あり（これまでのすべての治療内容、結果を〇してください）</p> <p>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・不明）</p> <p>イ 上記以外の治療（具体的に記載： _____）（中止・再燃・無効・不明）</p> <p>2 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>
------------------------	--

検査所見 〔チェック及び記入する〕	<p>今回の治療開始前の所見を記入する</p> <p>1 C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： _____ 年 月 日）</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ <input type="checkbox"/>（単位：LogIU/mL、測定法 _____）</p> <p>_____ <input type="checkbox"/>（単位：IU/mL、測定法 _____）</p> <p>(2) ウイルス型</p> <p><input type="checkbox"/> セロタイプ（グループ）1</p> <p><input type="checkbox"/> セロタイプ（グループ）2</p> <p><input type="checkbox"/> 判定不能 → <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2</p>
	<p>2 血液検査（検査日： _____ 年 月 日）</p> <p>A S T _____ IU/L（施設の基準値： _____ ～ _____）</p> <p>A L T _____ IU/L（施設の基準値： _____ ～ _____）</p> <p>ヘモグロビン _____ g/dL（施設の基準値： _____ ～ _____）</p> <p>血小板数 _____ ×10<sup>4</sup>/μl（施設の基準値： _____ ～ _____）</p>
	<p>3 画像診断及び肝生検などの所見（検査日： _____ 年 月 日）</p> <p>（所見）</p>

診 断 〔チェックする〕	<p><input type="checkbox"/> 1 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる）</p> <p><input type="checkbox"/> 2 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）</p>
-----------------	---

肝がんの 合併 〔チェックする〕	<input type="checkbox"/> 1 合併あり <input type="checkbox"/> 2 合併なし <input type="checkbox"/> 3 過去に肝がんはあったが、現在はない
治療内容 〔記入及び チェックする〕	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：薬剤名 シメプレビル 治療開始予定月 24週（      年      月 ～ ） 入院の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
治療上の 問題点	
医療機関名	記載年月日：      年      月      日
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、□にチェックが必要 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医である
電話番号	医師氏名 <span style="float: right;">(印)</span>

## 認 定 基 準

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、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よる3剤併用療法を行う予定、または実施中の者のうち、インターフェロンフリー治療に係る治療歴がなく、肝がんの合併のないもの

※1 インターフェロン単剤治療、又はインターフェロン及びリバビリン併用治療に係る治療歴は問わない。

※2 プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法については、原則1回の助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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。

## 肝炎治療受給者証認定にかかる注意事項（必ずお読みください）

- 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、本診断書の作成は日本肝臓学会肝臓専門医以外できません。
- 3剤併用療法の医療費助成は、**同一患者につき原則1回限り、申請月の初日から7か月の助成期間を限度**とします。  
また、**C型肝炎ウイルスの除去を目的として行う3剤併用療法で保険適用となっているものに**限られています。  
(入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額は助成対象外)
- 3剤併用療法中止後の副作用の治療に対する医療費助成は対象外です。**
- この診断書の作成費用は、医療費助成の対象外ですので、申請者に負担いただくこととなります。
- 本診断書は治療実施医療機関が発行することとします。
- 肝炎治療を行う予定とは、申請日から概ね2か月以内に治療開始予定であることとします。
- 記載日前6か月以内（ただし、3剤併用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。
- 診断書の有効期間は、記載日から3か月以内です。
- 肝炎治療開始時期を充分ご検討のうえ、治療開始時期に合わせて診断書を記載願います。
- 主治医の自署または記名押印が必要です。
- 不明な点がある場合は、大阪府の担当課より個別に主治医照会を行う場合がありますのでご協力願います。

上記のほか、診断書の記載が不十分であったり、検査所見の内容から、対象患者さんが、肝炎ウイルスの除去を目的とする3剤併用治療の対象者でない判断された場合は、審査の結果、承認されない場合があります。