

# 肝炎治療受給者証認定に係る診断書（新規）

## （インターフェロンフリー治療）

※この診断書は、日本肝臓学会肝臓専門医以外は作成することができません。

※当該インターフェロンフリー治療の2か月期間延長は不可です。

※診断書の有効期間は、記載日から3か月以内です。

ふりがな		性	1 男	生	年 月 日 生		
氏 名		別	2 女	年	月	日	生
住 所	〒			電話（ ） —			
							（満 歳）

診 断 年 月 日	年 月	前医療機関名※判明している場合ご記入下さい。	前医師名※判明している場合ご記入下さい。
		連携医療機関名※判明している場合ご記入下さい。	連携医師名※判明している場合ご記入下さい。

過去の 治療歴	1 インターフェロン治療歴についてご記入下さい。
	<input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし（未治療） <input type="checkbox"/> 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○してください） <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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）</li> <li><input type="checkbox"/> 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： _____）</li> <li><input type="checkbox"/> 3剤併用療法（中止・再燃・無効・不明）</li> <li><input type="checkbox"/> 上記以外の治療 （具体的に記載： _____）（中止・再燃・無効・不明）</li> </ul>
[チェック 及び ○をする]	2 インターフェロンフリー治療歴についてご記入下さい。
	<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（薬剤名： _____）（中止・再燃・無効・不明） <small>※インターフェロンフリー治療歴ありの場合は再治療となり本診断書は使用できません。</small>

診 断	<p>該当する項目にチェックする</p> <input type="checkbox"/> 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）※ Child-Pugh分類Aに限る <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）※ Child-Pugh分類B,Cに限る <small>※「オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療/リバビリン併用療法」を使用することはできません。</small>
-----	---

肝がんの 合 併	<p>該当する項目にチェックする</p> <input type="checkbox"/> 合併あり（※「合併あり」の場合は医療費助成対象外となります。） <input type="checkbox"/> 合併なし <input type="checkbox"/> 過去に肝がんはあったが、現在はなし
-------------	--

[チェック 及び 記入する]	<p>インターフェロンフリー治療（注） 治療開始予定月 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。</p> <p>【パンジェノタイプ(全てのジェノタイプ)】</p> <input type="checkbox"/> グレカプレビル水和物・ピブレンタスビル配合錠 ※8週と12週がありますのでご留意ください。 <small>(セログループ1(ジェノタイプ1)又はセログループ2(ジェノタイプ2)の慢性肝炎) →</small> _____ 年 月 ~ 8週 <small>(全てのセログループ(ジェノタイプ)の代償性肝硬変、上記以外のセログループ(ジェノタイプ)の慢性肝炎) →</small> _____ 年 月 ~ 12週
	<input type="checkbox"/> ソホスビル/バルパタスビル配合錠 <small>※非代償性肝硬変(Child-Pugh分類B,Cに限る)の治療のみ</small> _____ 年 月 ~ 12週
	<p>【セログループ1 (ジェノタイプ1)】</p> <input type="checkbox"/> レジパスビル/ソホスビル配合錠による治療 _____ 年 月 ~ 12週 <input type="checkbox"/> エルバスビル及びグラソプレビル併用療法 _____ 年 月 ~ 12週
	<p>【セログループ2 (ジェノタイプ2)】</p> <input type="checkbox"/> レジパスビル/ソホスビル配合錠による治療 _____ 年 月 ~ 12週 <input type="checkbox"/> ソホスビル及びリバビリン併用療法 _____ 年 月 ~ 12週
	<p>【セログループ1 (ジェノタイプ1) セログループ2 (ジェノタイプ2) 以外】</p> <input type="checkbox"/> ソホスビル及びリバビリン併用療法 _____ 年 月 ~ 24週
	<p>【その他治療方法】（インターフェロンフリー治療に限る）</p> <input type="checkbox"/> ( _____ ) _____ 年 月 ~ _____ 週

(注) 各薬剤の添付文書「禁忌」項目等を必ず確認してください。

