別記様式1-6

肝炎治療受給者証認定に係る診断書（再治療）

（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 氏　名		性別	1 男 2 女	生年月日	年　月　日 生 （満　歳）
住　所	〒 電話（　　）　－				

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（チェック及び○をする）

1 インターフェロン治療歴についてご記入下さい。

☐ インターフェロン治療歴なし（未治療）

☐ 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。）

- ☐ 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）
- ☐ 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：　　）3剤併用療法（中止・再燃・無効・不明）
- ☐ 上記以外の治療（具体的に記載：　　）（中止・再燃・無効・不明）

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。

☐ インターフェロンフリー治療歴なし

☐ 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）

診　断

該当する項目にチェックする

☐ 慢性肝炎　（C型肝炎ウイルスによる）

☐ 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

☐ 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

※「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。

肝がんの合　併

該当する項目にチェックする

☐ 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。）

☐ 合併なし

☐ 過去に肝がんはあったが、現在はない

治療内容（チェック及び記入する）

インターフェロンフリー治療　（注１）　　**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。

【パンジェノタイプ(全てのジェノタイプ)】

☐ グレカプレビル水和物・ピブレンタスビル配合錠（注２）　年　月 ～ １２週

※８週と１２週がありますのでご留意ください。　年　月 ～ ８週

☐ ソホスブビル／ベルパタスビル配合錠及びリバビリン併用療法（注３）　年　月 ～ ２４週

☐ ソホスブビル／ベルパタスビル配合錠（注３）　年　月 ～ １２週

【セログループ１（ジェノタイプ１）】

☐ レジパスビル／ソホスブビル配合錠による治療　年　月 ～ １２週

☐ エルバスビル及びグラゾプレビル併用療法　年　月 ～ １２週

【セログループ２（ジェノタイプ２）】

☐ レジパスビル／ソホスブビル配合錠による治療　年　月 ～ １２週

☐ ソホスブビル及びリバビリン併用療法　年　月 ～ １２週

【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】

☐ ソホスブビル及びリバビリン併用療法　年　月 ～ ２４週

【その他治療方法】（インターフェロンフリー治療に限る）

☐ （　　）　年　月 ～　週

（注1）各薬剤の添付文書「禁忌」項目等を必ず確認してください。

（注2）前治療歴のある慢性肝炎では、8週・12週いずれも可。ただし、代償性肝硬変、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）以外の慢性肝炎は12週のみ可。

（注3）前治療歴のある慢性肝炎もしくは代償性肝硬変では、リバビリン併用療法により24週のみ可。非代償性肝硬変では、12週のみ可。

検査所見

（チェック及び記入する）

今回の治療開始前の所見を記入する

1　C型肝炎ウイルスマーカー　（検査日：　　年　　月　　日）
※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下さい。

（１）HCV-RNA定量＿＿＿＿　☐（単位：LogIU/mL、測定法　　）
☐（単位：　　IU/mL、測定法　　）

（２）ウイルス型 ※治療方法（薬剤）との関連性にご注意しご記入下さい。
☐ セロタイプ（グループ）１
☐ セロタイプ（グループ）２
☐ 判　定　不　能 → ☐ ジェノタイプ１ ☐ ジェノタイプ２ ☐ 上記いずれも該当無

2　血液検査　（検査日：　　年　　月　　日）
※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下さい。
※ CcrならびにeGFR(クレアチニン)が判明している場合は記載して下さい。

・ＡＳＴ　＿＿＿＿IU/L　（施設の基準値：＿＿＿＿～＿＿＿＿）
・ＡＬＴ　＿＿＿＿IU/L　（施設の基準値：＿＿＿＿～＿＿＿＿）
・ヘモグロビン＿＿＿＿g/dL　（施設の基準値：＿＿＿＿～＿＿＿＿）
・血小板数　＿＿＿＿$\times 10^4/\mu L$　（施設の基準値：＿＿＿＿～＿＿＿＿）
・クレアチニン＿＿＿＿mg/dL　（施設の基準値：＿＿＿＿～＿＿＿＿）
・Ｃｃｒ　＿＿＿＿mL/min
・ｅＧＦＲ（クレアチニン）　＿＿＿＿mL/min/1.73㎡

3　画像診断及び肝生検などの所見　（検査日：　　年　　月　　日）
※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下さい。
（所　見）

4　（肝硬変症の場合）Child-Pugh　（検査日：　　年　　月　　日）
※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下さい。
＿＿＿点　　分類（☐A　☐B　☐C）

	結果	施設の基準	１点	２点	３点
肝性脳症			☐ なし	☐ 軽度（Ⅰ・Ⅱ）	☐ 昏睡（Ⅲ以上）
腹水			☐ なし	☐ 軽度	☐ 中等度以上
アルブミン値（g/dL）		～	☐ 3.5超	☐ 2.8～3.5	☐ 2.8未満
プロトロンビン時間（%）		～	☐ 70超	☐ 40～70	☐ 40未満
総ビリルビン値（mg/dL		～	☐ 2.0未満	☐ 2.0～3.0	☐ 3.0超

5　ＨＣＶ薬剤耐性変異検査　（検査日：　　年　　月　　日）
※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下さい。
☐　耐性変異なし　☐　耐性変異あり（　　）

※ 可能な場合はチェックをしてください。なお、混合診療にならないようご注意ください。

治療上の問題点

※薬剤耐性変異がある場合や、人工透析をしている等、治療をする上で問題となる点があればご記入下さい。

上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。

医療機関名　　記載年月日：　　年　　月　　日

所在地　　☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である

電話番号　　医師氏名　　㊞

認　定　基　準

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

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）

1　本診断書は治療実施医療機関の**日本肝臓学会肝臓専門医**が作成し、自署または記名押印が必要です。
2　インターフェロンフリー治療の医療費助成は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回のみの助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては１回のみの助成とします。なお、副作用等による２か月期間延長はできません。
またC型肝炎ウイルスの除去を目的としたインターフェロンフリー治療で保険適用となっているものに限られます。
（入院の食費や住居費は助成対象外）
3　インターフェロンフリー治療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。
4　ＨＣＶ薬剤耐性検査は、可能な場合に記入してください。なお、混合診療にご注意ください。
5　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。
6　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。
7　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。
8　診断書の有効期間は、記載日から３か月以内です。
9　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。
10　記載内容に不明な点がある場合は、大阪府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インターフェロンフリー治療の対象者でないと判断された場合は、審査の結果、承認されない場合があります。