

様式 2-7-2

千葉県肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変に対する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	年 月	前 医 (有の時記載)	医療機関名		医師名																																				
過去の治療歴	<p>1. インターフェロン治療歴</p> <input type="checkbox"/> インターフェロン治療なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療あり。チェックした場合、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 (薬剤名:) 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>2. インターフェロンフリー治療歴</p> <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療あり。(薬剤名:) (中止・再燃・無効)																																								
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>1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA 定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 [該当する方を○で囲む。] ア) セロタイプ (グループ) 1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ (グループ) 2、あるいはジェノタイプ2 ウ) 上記のいずれも該当しない (ジェノタイプ検査データがある場合は記載:)</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ U/l (施設の基準値: ~) ALT _____ U/l (施設の基準値: ~) 血小板 _____ /ul (施設の基準値: ~) その他の血液検査所見 (必要に応じて記載) ()</p> <p>3. Child-Pugh 分類 (検査日: 年 月 日)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値 (g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5 超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8 未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間 (%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70 超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40 未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値 (mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0 未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0 超</td> </tr> </tbody> </table> <p>合計: _____ 点 (A (5~6点) ・ B (7~9点) ・ C (10~15点)) (該当するものを○で囲む)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)</p>						結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値 (g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5 超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8 未満	プロトロンビン時間 (%)		~	<input type="checkbox"/> 70 超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40 未満	総ビリルビン値 (mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0 未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0 超
	結果	施設基準値	1点	2点	3点																																				
肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)																																				
腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																				
アルブミン値 (g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5 超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8 未満																																				
プロトロンビン時間 (%)		~	<input type="checkbox"/> 70 超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40 未満																																				
総ビリルビン値 (mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0 未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0 超																																				
診断	<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 及びC に限る (チェックをお願いします)																																								
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし																																								
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名 : <input type="checkbox"/> ソホスブビル/ベルパタスビル配合剤) « 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月) »																																								
本診断書を作成する医師 (インターフェロンフリー治療歴がある場合)	インターフェロンフリー治療歴がある場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象とはなりません。 <input type="checkbox"/> 千葉県肝炎診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医、日本消化器病学会専門医 (千葉県肝炎診療指定医療機関に勤務する医師に限る) 又は千葉県肝炎診療連携拠点病院が実施する研修会 (※) を受講した医師のいずれかで、別紙意見書 (様式2-9) を添付している																																								
治療上の問題点																																									
医療機関名 所在地 (いずれかにチェックが必要)	記載年月日 年 月 日 <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) <input type="checkbox"/> 千葉県肝炎診療連携拠点病院が実施する研修会 (※) を受講した医師【修了証に記載の整理番号: _____】 (※) 診断書の記載日から遡って5年以内に開催されたものに限る																																								
医師氏名																																									

様式 2-7-2

(裏面)

非代償性肝硬変に対する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

- ・非代償性肝硬変に対する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型慢性肝疾患（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、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないものです。
- ・慢性肝炎又は代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療歴がある場合でも、初めて非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う場合は、本診断書（様式2-7-2）を使用するものとします。

○「診断書を記載できる医師」について

- ・本診断書の記載について、インターフェロンフリー治療歴がない場合は、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、日本消化器病学会専門医又は千葉県肝疾患診療連携拠点病院が実施する研修会（診断書の記載日から遡って5年以内に開催されたものに限る）を受講した医師に限られています。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です。一方、インターフェロンフリー治療歴がある場合の記載は、千葉県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るか、千葉県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、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、日本消化器病学会専門医又は千葉県肝疾患診療連携拠点病院が実施する研修会（診断書の記載日から遡って5年以内に開催されたものに限る）を受講した医師が作成するものとします。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が千葉県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場合に限るものとします。
- (詳しくは千葉県肝疾患診療連携拠点病院へお問い合わせください。)

○Child-Pugh 分類について

Child-Pugh 分類	1点	2点	3点
肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)
腹水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上
アルブミン値 (g/dL)	<input type="checkbox"/> 3.5 超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8 未満
プロトロンビン時間 (%)	<input type="checkbox"/> 70 超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40 未満
総ビリルビン値 (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 2.0 未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0 超

Child-Pugh 分類 A:5~6点 B:7~9点 C:10~15点

○「診断」について

- ・非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療の対象は、Child-Pugh 分類B又はCのC型代償性肝硬変です。C型慢性肝炎又はChild-Pugh 分類AのC型代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療は様式2-7-1での申請となります。

○「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。