

様式 2-7-1

千葉県肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除く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>該当する項目にチェックする。</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。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:) 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:) <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。＞</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 IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) 血小板 /ul (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) (所見:)</p> <p>4. 肝硬変症の場合 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	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			
	セロタイプ (グループ) 1型		セロタイプ (グループ) 2型	
<input type="checkbox"/> セロタイプ (グループ) 不明 (薬剤名)				
<< 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月) >>				
治療上の問題点				
医療機関名	記載年月日 年 月 日			
所在地				
(いずれかにチェックが必要)	<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)	
医師氏名				

非代償性肝硬変を除く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型慢性肝疾患（C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変で、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（非代償性肝硬変を除く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	<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

○（※2）「診断」について

- ・非代償性肝硬変を除く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のC型非代償性肝硬変は様式2-7-2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。