

様式 2-8

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（再治療）

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。「治療歴あり」に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</p> <p>1. インターフェロン治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。</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)</p> <p>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)</p> <p>ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載: _____)</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: _____) (中止・再燃・無効)</p>							
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)</p> <p>(1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型 [該当する方を○で囲む。]</p> <p>ア. セロタイプ (グループ) 1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ. セロタイプ (グループ) 2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>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)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>その他の血液検査所見 (必要に応じて記載)</p> <p>(所見: _____)</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> <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)</p> <p>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	<p>インターフェロンフリー治療</p> <table border="1"> <tr> <td>セロタイプ (グループ) 1型 薬剤名</td> <td>セロタイプ (グループ) 2型 薬剤名</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> セロタイプ (グループ) 不明 (薬剤名 _____)</p> <p>《 治療予定期間 _____ 週 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月) 》</p>				セロタイプ (グループ) 1型 薬剤名	セロタイプ (グループ) 2型 薬剤名		
セロタイプ (グループ) 1型 薬剤名	セロタイプ (グループ) 2型 薬剤名							
本診断書を作成する医師	<p>インターフェロンフリー治療の再治療の場合、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。</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医 (千葉県肝炎指定医療機関に常勤又は非常勤の医師に限る) で、別紙意見書を添付している医師</p>							
治療上の問題点								
医療機関名 所在地 医師氏名	<p>記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: center;">⑩</p>							

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（再治療）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

- ・非代償性肝硬変を除く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型慢性肝炎又はChild-Pugh 分類AのC型代償性肝硬変で、肝がんの合併のない者です。（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療は、再治療の対象外です。）

○「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（再治療）」の記載は、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によるか、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の判断を踏まえた上で、千葉県内の日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医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。
(詳しくは千葉県肝炎診療連携拠点病院へお問い合わせください。)

○(※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（再治療）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対象となりません。

○「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。