

808. 難治性肝炎（肝硬変・ヘパトーム）臨床調査個人票（新規）

ふりがな												
氏名					性別	1.男 2.女	生年 月日	1.明 3.昭	2.大 4.平	年	月	日生 (満 歳)
住所	〒 TEL ()						出 生 都道府県			発病時在住 都道府県		
発病年月	年	月	初診年月日	年 月 日			保険 種別	1.協 4.共	2.組 5.国	3.船 6.後		
身体障害者手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定		1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし							
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)											
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)			受療動向 (最近6ヶ月)		1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他()						
診 断	1.肝硬変() 2.肝硬変の疑い 3.ヘパトーム() 4.ヘパトームの疑い 5.その他()							診断 時期	年 月			
最終的 診断根拠	1.臨床所見 2.血液生化学的所見 3.腹腔鏡所見 4.肝組織所見(a.生検 b.手術) 5.血管造影 6.CT 7.MRI 8.超音波断層法 9.その他の検査所見()											
※ 臨床経過・肝組織所見・腹腔鏡所見・画像診断所見・血管造影所見など記載してください。												
主要臨床症状 (全経過について)	食道静脈瘤		1.あり 2.なし		肝性脳症		1.あり 2.なし					
	腹壁静脈怒張		1.あり 2.なし		脾 腫		1.あり 2.なし					
	腹 水		1.あり 2.なし									
血液生化学 検査成績 (※基準値の欄 には施設内基 準値を必ず記 入して下さい。)	検査項目	※基準値	年 月	年 月	検査項目	※基準値	年 月	年 月				
	1 GOT(AST)				7 アルブミン(g/dl)							
	2 GPT(ALT)				8 γ-グロブリン(g/dl) 又はIgG(mg/dl)							
	3 γ-GTP				9 血小板数							
	4 ZTT				10 AFP							
	5 ChE				11 PIVKA-II							
	6 ALP				12 その他()							
次の検査結果について、最新のものを記載してください。 ○抗核抗体_____、(以下、実施している場合→抗平滑筋抗体_____、抗肝腎マイクロソーム抗体1型_____) ○抗ミトコンドリア抗体(間接免疫蛍光法) _____ (基準値_____)、抗M2抗体_____ (基準値_____) ○B・C型ウイルス性肝炎ウイルスマーカー(B・C型ウイルス性肝炎を否定するために必ず記載してください)。 HBs抗原_____ HCV抗体_____ 陽性的場合 → IgMHBc抗体_____ (陽性的場合→HCV-RNA_____) HBs抗体_____ HBe抗原_____ HBe抗体_____ ○IgM_____ (基準値_____) 実施している場合→HLA-DR4(陽性・陰性・未検) ○その他の検査_____ =												
鑑 別	以下を鑑別できること。 1. アルコール性肝障害を否定できる ①できる ②できない ③疑いがある ④わからない 2. 薬剤性肝障害を否定できる ①できる ②できない ③疑いがある ④わからない 3. 脂肪性肝障害を否定できる ①できる ②できない ③疑いがある ④わからない 4. 特発性門脈圧亢進症を否定できる ①できる ②できない ③疑いがある ④わからない											
所属施設名	_____						主治医氏名	_____ (印)				
所在地	(TEL ())						記載年月日	_____年 _____月 _____日				

(平成三十年一月改正)

808. 難治性肝炎(肝硬変・ヘパトーム)の認定基準

【治療研究事業の対象範囲】

自己免疫性肝炎等に続発する肝硬変又はヘパトーム（B・C型ウイルス性を除く）と診断されたもののうち、アルコール性肝障害、薬剤性肝障害、脂肪性肝障害及び特発性門脈圧亢進症を完全に否定できるもの。

1. 肝硬変（B・C型ウイルス性、自己免疫性を除く）

- (1) 腹腔鏡、肝生検、画像診断などにより、肝硬変と診断されたもの。
- (2) くも状血管種、手掌紅斑、女性乳房、食道静脈瘤、腹壁静脈怒張、腹水、肝腫、脾腫など肝硬変に起因すると考えられる臨床所見が認められるもの。
 - ① 確実例：上記（1）又は（2）の事項を満たすもの。
 - ② 疑い例：肝硬変と診断された症例のうち、上記（1）又は（2）の事項を満たさないもの。

2. ヘパトーム（B・C型ウイルス性を除く）

腹腔鏡、肝生検、画像診断などにより、ヘパトームと診断されたもの。

- ① 確実例：上記を満たすもの。
- ② 疑い例：ヘパトームと診断された症例のうち、上記を満たさないもの。

<申請に対するの留意事項>

- (1) 肝硬変又はヘパトームと診断され、肝生検が施行されている場合は、肝生検のコピーを添付してください。
- (2) 臨床調査個人票に必要な事項の記載がない場合は、疑義照会などに時間を要するため、特にご留意下さい。また、疑義照会に際して、資料の提出がない場合は、認定不能のため対象外となることもあります。
- (3) 自己免疫性肝炎及び原発性胆汁性肝硬変は、指定難病で申請してください。
- (4) B・C型ウイルス性の肝炎については、平成17年10月以降、特定疾患治療研究事業の対象外となっています。

【添付資料】

肝生検が施行されている場合は、肝生検のコピーを必ず添付してください。

○留意事項

- (1) この個人票は受給者証をお持ちでない方が、新規に受給者証の交付を受けようとする場合に、申請書に添付する書類です。
- (2) 原則として6ヶ月以内の資料に基づき記載してください。
ただし、遺伝子検査を要するものにあつてはこの限りではありません。
- (3) 該当する欄に記入又は☑して○で囲んでください。
- (4) フィルム等の資料添付の指示がある場合は、必ず添付してください。
- (5) 必要な場合は医師の意見書を添付してください。
- (6) B・C型ウイルス性肝炎については、平成17年10月以降、本事業の対象外となっています。

※以上の事項が守られていないときは、審査が不可となるため、申請を却下する場合があります。