**８０８．難治性肝炎（肝硬変・ヘパトーム）臨床調査個人票　　　　　（更新）**

（平成三十年一月改正）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | 性別 | | 1.男  2.女 | | 生 年  月 日 | 1.明治 2.大正  3.昭和 4.平成 | | 年　　月　　日生  （満　　　歳） | | |
| 氏 　名 | |  | | |
| 保険種別 | | １．協　　２．組　　３．船　　４．共　　５．国　６．後 | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | | | | |
| 受診状況（最近１年） | | 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（　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 経過(最近１年) | | １．治癒　２．軽快　３．不変　４．徐々に悪化　５．急速に悪化　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 | |
| 主要臨床症状  （全経過について） | | 食道静脈瘤 １．あり　　２．なし  腹壁静脈怒張 １．あり　　２．なし  腹　　　　水 １．あり　　２．なし | | | | | | 肝性脳症 １．あり　　２．なし  脾　　　　腫 １．あり　　２．なし | | | | | | |
| 血液生化学  検査成績  （最近１年間のものを記入して下さい。） | | 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) |  |  |  | | | ８γ－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　　　　、抗肝腎ミクロゾーム抗体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型ウイルス性肝炎との鑑別のため必ず記載してください。）  ＨＢｓ抗原　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＨＣＶ抗体  陽性の場合 ⇒ IgＭHBc抗体　　　　　　　　　　　（陽性の場合→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 | | | | | | | | | | | | | |
| 最近１年間の治療内容 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名  医療機関所在地  医師の氏名 | | | | | | 電話番号　　　　　　（　　　　）  記載年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |

※基準値の欄には必ず施設内基準値を記入して下さい。記入のない場合は判定不能の為、申請を却下する場合があります。

**８０８．難治性肝炎（肝硬変・ヘパトーム）の認定基準**

【更新時における認定基準】

次のいずれかに該当する場合は更新の対象外とする。

1. 経過が「治癒」又は受診状況が「入通院なし」である。
2. アルコール性肝障害、薬剤性肝障害、脂肪性肝障害、Ｂ・Ｃ型ウイルス性肝障害を完全に否定できない。

※　Ｂ・Ｃ型ウイルス性肝炎については、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。