

808. 難治性肝炎（肝硬変・ヘパトーム）臨床調査個人票

（更新）

ふりがな								
氏名	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	日生 (満 歳)		
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)				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。 <input type="checkbox"/> 抗核抗体_____、(以下、実施している場合→抗平滑筋抗体_____、抗肝腎マイクロゾーム抗体1型_____) <input type="checkbox"/> 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_____) <input type="checkbox"/> 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→HCV-RNA_____) 陽性の場合 ⇒ IgMHbC抗体_____ (陽性の場合→HCV-RNA_____) HBs抗体_____ HBe抗原_____ HBe抗体_____ <input type="checkbox"/> IgM_____ (基準値_____) 実施している場合→HLA-DR4 (陽性・陰性・未検) <input type="checkbox"/> 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。

（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

【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。