様式３－１

ウイルス性肝炎（Ｂ・Ｃ型ウイルス性慢性肝炎）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	(和暦)　　年　　月　　日生 (満　　歳)
住　　所	〒 TEL　　(　　)			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.協会 2.組合 3.共済 4.国保 5.後期高齢 6.その他(　　)
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か月）	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（　　）		
診断名	1．B型肝炎 2．C型肝炎 3．合併疾患（　　）	診断時期	年　　月		

慢性肝炎診断の根拠（詳細に記載してください。）

肝機能検査成績
（1～6のすべての項目について記載してください。）

検査項目	※基準値	年　月　日	年　月　日	最近6か月以内 年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
1 GOT（AST）							
2 GPT（ALT）							
3 γ－GTP							
4 ALP							
5 その他							

※ 基準値の欄には、施設内基準値（範囲）を必ず記入してください。記入のない場合は、審査ができません。

ウイルスマーカー

【B型肝炎：HBVマーカー検査年月　　年　　月】

① HBs抗原（　　）法　1．(＋)　2．(－)

② HBs抗体（　　）法　1．(＋)　2．(－)

③ HBc抗体（　　）法　1．(＋)　2．(－)

④ DNAポリメラーゼ又はHBV－DNA（　　）法　1．(＋)：(測定値　　) 2．(－)

【C型肝炎：HCVマーカー検査年月　　年　　月】

① HCV抗体（　　）法　1．(＋)　2．(－)

② HCV－RNA（　　）法　1．(＋)　2．(－)

治療の状況（今後の予定も含む）

1．核酸アナログ製剤治療　1．使用なし　2．使用（開始日　年　月　日、終了日　年　月　日）
2．インターフェロン治療（根治目的）　1．使用なし　2．使用（開始日　年　月　日、終了日　年　月　日）
3．インターフェロン治療（根治目的以外）　1．使用なし　2．使用（開始日　年　月　日、終了日　年　月　日）
4．インターフェロンフリー治療　1．使用なし　2．使用（開始日　年　月　日、終了日　年　月　日）
5．その他（　　）

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

医療機関名　　記載年月日：　　年　　月　　日

医療機関所在地

医師の氏名　　電話番号　　(　　)

（令和三年四月改正）

ウイルス性肝炎（Ｂ・Ｃ型ウイルス性慢性肝炎）の認定基準

【ウイルス性肝炎進行防止対策医療給付事業の対象範囲】

1　Ｂ型ウイルス性慢性肝炎

「HBs 抗原」若しくは「ＤＮＡポリメラーゼ又はＨＢＶ－ＤＮＡ」が陽性であり、かつアルコール性肝障害、薬剤性肝障害、脂肪性肝障害を完全に否定できるもののうち、次の①から③までのいずれかに該当するもの。

①　核酸アナログ製剤治療又はインターフェロン治療を実施中であること。（肝炎治療特別促進事業の対象となるものを除く。）

②　申請前６か月以内に、30 日以上の間隔をおき、GPT（ALT）値が基準値上限の２倍以上の値を２回以上示していること。

③　インターフェロン治療終了後１年以内であること。

2　Ｃ型ウイルス性慢性肝炎

「HCV 抗体」及び「HCV－RNA」が陽性であり、かつアルコール性肝障害、薬剤性肝障害、脂肪性肝障害を完全に否定できるもののうち、次の①から③までのいずれかに該当するもの。

①　インターフェロン治療を実施中であること。（肝炎治療特別促進事業の対象となるものを除く。）

②　申請前６か月以内に、30 日以上の間隔をおき、GPT（ALT）値が基準値上限の２倍以上の値を２回以上示していること。

③　インターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療の終了後１年以内であること。

《申請に際しての留意事項》

1　上記基準のうち、①又は③で申請する場合は、臨床調査個人票のウイルスマーカー欄には、当該抗ウイルス療法を実施する前の検査結果を記入してください。

2　肝生検及び画像診断を行っている場合は、その結果のコピーを添付してください。

3　臨床調査個人票に必要な事項の記載がない場合は、疑義照会等に時間を要することになるため、特に留意してください。

　また、疑義照会に際して、資料の提出をいただけない場合には、審査ができないため、申請を却下することがあります。