様式３－４

ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書

北海道大学病院肝疾患相談センター
札幌医科大学附属病院肝疾患センター
旭川医科大学病院肝疾患相談支援室
} 肝臓専門医あて

返信先医療機関及び担当医

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ 患者氏名		性別	生年月日（年齢）
		男・女	（和暦）　年　月　日 生　（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　）		

（以下、拠点病院使用欄）

本意見書を作成する医師の判断について、以下のいずれかにチェックの上返信して下さい。

☐ **この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。**

☐ **この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではないと判断します。**

なお、上記意見を述べるにあたり、以下の項目について確認しました。

✔ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）実施要綱における認定基準を確認した。

✔日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。

✔ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

作成年月日　　年　月　日

肝疾患診療連携拠点病院名

☐ 北海道大学病院口
☐ 札幌医科大学附属病院
☐ 旭川医科大学病院

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（参考）ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）実施要綱別表1．認定基準（抜粋）

（3）インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎もしくはChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類 BもしくはCの非代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1　上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患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って他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2．（1）及び2．（2）に係る治療歴の有無を問わない。

※2　上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3　上記については、再治療の場合、肝疾患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、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

（注）　1．本意見書の有効期間は、作成日から起算して3ヶ月以内です。
2．本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が作成する必要があります。