

**ウイルス性肝炎進行防止対策(肝炎治療特別促進事業)医療受給者証の交付申請に係る診断書**  
**【3剤併用療法を除くインターフェロン治療: □新規 □2回目の制度利用】**

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)		
			男・女	明昭 大平	年 月 日 生	(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )					
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名	医師名		
過去の治療歴	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合                  (1) 3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴  <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。  <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。                  (具体的な経過・理由: )</p> <p>(2) インターフェロンフリー治療歴  <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。  <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: )  <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。</p> <p>(2回目以降の制度利用の場合は以下の事項を上記に併せて記載してください。)</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合  <input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。  <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン治療を受けたが、不成功であった。</p> <p>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合(過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴)  <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。                  ① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース                  ② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース</p>					
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー                  (1) HBe抗原(+-)(検査日: 年 月 日)                  (2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-)(検査日: 年 月 日)                  (3) HBV-DNA定量 ____ (単位: 測定法 )(検査日: 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)                  (1) HCV-RNA定量 ____ (単位: 測定法 )                  (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。)                  ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1                  イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)                  AST ____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____ )                  ALT ____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____ )                  血小板数 ____ /μl (施設の基準値: ____ ~ ____ )</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)                  (所見: )</p>					
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)                  2. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)                  3. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)</p>					
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし					
治療内容	<p>該当番号を○で囲む(B型慢性活動性肝炎の場合は3のみが対象)。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独                  2. インターフェロンβ製剤単独                  3. ペグインターフェロン製剤単独                  4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤                  5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤                  6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤                  7. その他(具体的に記載: )</p> <p>治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月 )</p>					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地	<p align="right">記載年月日 年 月 日</p> <p>(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要)  <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医</p> <p>医師氏名 印</p>					

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
4. 該当する「□」欄にチェックしてください。

(裏面)

## 認 定 基 準

### 1. B型慢性肝疾患

#### (1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において助成対象とするのは2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

#### (2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

### 2. C型慢性肝疾患

#### (1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎及びC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.（2）に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース

② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.（3）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、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。

#### (2) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、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、2.（1）に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。

※4 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.（3）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、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) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変で、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。