

ウイルス性肝炎進行防止対策医療受給者証 有効期間更新申請書

受給者番号		保健所		コード	
受給者氏名		保健所記入欄→		自己負担区分	有 ・ 無

申請者	氏名			対象患者との続柄	
	住所	(〒 - )		(電話 - - )	
生計中心者氏名		対象患者との続柄			

受給者証の記載事項（住所・氏名・保険の種類等）の変更 → 有・無 ※変更有りの場合は変更届を添付のこと。

北海道知事 様

ウイルス性肝炎進行防止対策（B・C型ウイルス性慢性肝炎）医療受給者証の有効期限の更新を申請します。

平成 年 月 日

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 (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	日生 (満 歳)
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 ( )						
診断名	1. B型肝炎 2. C型肝炎 3. 合併疾患 ( )						
治療状況 (最近1年間)	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 ( )						
6か月以内の肝機能検査成績 (1~4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	最近6か月以内				
			年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
	1 GOT(AST)						
	2 GPT(ALT)						
	3 γ-GTP						
4 その他							
※ 基準値の欄には、施設内基準値 (範囲) を必ず記載してください。記載のない場合は、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】(最近の検査結果について記載してください。)						
	① HBs 抗原 ( ) 法	1. (+)	2. (-)				
	② HBs 抗体 ( ) 法	1. (+)	2. (-)				
	③ DNA ポリメラーゼ又は HBV-DNA ( ) 法	1. (+) : (測定値 )	2. (-)				
ウイルスマーカー	【C型肝炎：HCV マーカー検査年月 年 月】(最新の検査結果について記載してください。)						
	① HCV 抗体 ( ) 法	1. (+)	2. (-)	② HCV-RNA ( ) 法	1. (+)	2. (-)	
(備考)							
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：平成 年 月 日						
医療機関所在地							
医師の氏名	(印)		電話番号	( )			

(平成三十年十月改正)

## ウイルス性肝炎（B・C型ウイルス性慢性肝炎）の認定基準（更新）

### 【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。

### 《有効期間更新申請に際しての留意事項》

1 ウイルスマーカー欄には最新の検査結果を記載してください（更新申請に当たり、あらためて検査を行う必要はありません。）。なお、上記基準のうち①又は③で更新申請する場合においては、新規申請時にウイルスマーカーの確認が行われていることから、記載内容が更新の適否に影響することはありません。

2 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。