

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						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)
住所	〒						TEL ()	発病時在住 都道府県		
発病年月	1.昭和 2.平成	年 月	初診年月日	1.昭和 2.平成	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		昭和・平成 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。)										
				最近6か月以内						
検査項目	※基準値	年月日	年月日	年月日	年月日	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 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. (-)		④ DNA ポリメラーゼ又は HBV-DNA () 法						
	② HBs 抗体 () 法	1. (+) 2. (-)		1. (+) : (測定値) 2. (-)						
	③ HBc 抗体 () 法	1. (+) 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：平成 年 月 日									
医療機関所在地										
医師の氏名	Ⓜ 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

【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。