



今回の治療開始前の所見を記入する。

1 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)  
※記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載して下さい。  
 (1) HCV-RNA定量 \_\_\_\_\_ (単位: LogIU/mL、測定法 \_\_\_\_\_)  
 \_\_\_\_\_ (単位: IU/mL、測定法 \_\_\_\_\_)  
 (2) ウイルス型 ※治療方法(薬剤)との関連性にご注意して記入下さい。  
 セロタイプ(グループ) 1  
 セロタイプ(グループ) 2  
 判定不能 →  ジェノタイプ1  
 ジェノタイプ2  
 上記いずれも該当無

2 血液検査 (検査日: 年 月 日)  
※記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載して下さい。  
 ※ CcrならびにeGFR(クレアチニン)が判明している場合は記載して下さい。  
 ・AST \_\_\_\_\_ IU/L (施設の基準値: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_)  
 ・ALT \_\_\_\_\_ IU/L (施設の基準値: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_)  
 ・ヘモグロビン \_\_\_\_\_ g/dL (施設の基準値: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_)  
 ・血小板数 \_\_\_\_\_ ×10<sup>4</sup>/μL (施設の基準値: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_)  
 ・クレアチニン \_\_\_\_\_ mg/dL (施設の基準値: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_)  
 ・Ccr \_\_\_\_\_ mL/min  
 ・eGFR \_\_\_\_\_ mL/min/1.73m<sup>2</sup>  
(クレアチニン)

3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)  
※記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載して下さい。  
 (所見)

4 (肝硬変症の場合) Child-Pugh (検査日: 年 月 日)  
※記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載して下さい。  
 \_\_\_\_\_点 分類 (A B C)

	結果	施設の基準	1点	2点	3点
肝性脳症	/	/	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)
腹水	/	/	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上
アルブミン値 (g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満
プロトロンビン時間 (%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満
総ビリルビン値 (mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超

5 HCV薬剤耐性変異検査 (検査日: 年 月 日)  
※記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載して下さい。  
 耐性変異なし  耐性変異あり ( \_\_\_\_\_ )  
**※可能な場合はチェックをしてください。なお、混合診療にならないようご注意ください。**

治療上の問題点 ※薬剤耐性変異がある場合や、人工透析をしている等、治療をする上で問題となる点があればご記入下さい。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 記載年月日: 年 月 日  
 所在地  日本肝臓学会肝臓専門医である  
 電話番号 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

**認 定 基 準**

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎 (C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変) 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

- 肝炎治療受給者証認定にかかる注意事項 (必ずお読みください)**
- 1 本診断書は治療実施医療機関の日本肝臓学会肝臓専門医が作成し、自署または記名押印が必要です。
  - 2 インターフェロンフリー治療の医療費助成はC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成としChild-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とします。なお、副作用等による2か月期間延長はできませんまたC型肝炎ウイルスの除去を目的としたインターフェロンフリー治療で保険適用となっているものに限られます。(入院の食費や住居費は助成対象外)
  - 3 インターフェロンフリー治療中止後の副作用の治療に対する医療費助成は対象外です。
  - 4 HCV薬剤耐性検査は、可能な場合に記入してください。なお、混合診療にご注意ください。
  - 5 この診断書の作成費用は、医療費助成の対象外ですので、申請者に負担いただくこととなります。
  - 6 肝炎治療を行う予定とは、申請日から概ね2か月以内に治療開始予定であることとします。
  - 7 記載日前6か月以内(ただし、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。
  - 8 診断書の有効期間は、記載日から3か月以内です。
  - 9 肝炎治療開始時期を充分ご検討のうえ、治療開始時期に合わせて診断書を記載願います。
  - 10 記載内容に不明な点がある場合は、大阪府担当課より個別に主治医照会を行う場合がありますのでご協力願います。

上記のほか、診断書の記載が不十分であったり、検査所見の内容から、対象患者さんが、肝炎ウイルスの除去を目的とするインターフェロンフリー治療の対象者でないと判断された場合は、審査の結果、承認されない場合があります。