

## 肝炎インターフェロン治療受給者証認定に係る診断書（2回目）

※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、本診断書の作成は日本肝臓学会肝臓専門医以外できません。

ふりがな 氏名		性別	1 男 2 女	生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
住所	〒 _____ 電話 ( _____ ) _____					
診断年月	年 月	他院より転医	1 あり 2 なし			
前医療機関（あれば記載）	医療機関名：					
	医師名：					
過去の 治療歴  〔チェック 及び 記入する〕	<p>1 <b>B型慢性活動性肝炎</b>の場合</p> <p><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</p> <p><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た（他のインターフェロン治療歴なし）</p> <p><input type="checkbox"/> 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）による治療を受け、その後、ペグインターフェロン製剤による治療を受けている</p> <p>2 <b>C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変</b>の場合</p> <p>(1) 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</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない</p> <p>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週までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース</p> <p>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> <p>(2) 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）治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし</p> <p><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>(3) インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり（薬剤名： _____）</p> <p><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>					
検査所見  〔チェック 及び 記入する〕	<p style="color: red;">今回の治療開始前の所見を記入する</p> <p>1 <b>B型肝炎ウイルスマーカー</b> (検査日： _____ 年 月 日)</p> <p>(1) HBs抗原（+・-） _____ (検査日： _____ 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原（+・-） HBe抗体（+・-） _____ (検査日： _____ 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____ (単位：Logcopies/mL) (検査日： _____ 年 月 日)</p> <p>2 <b>C型肝炎ウイルスマーカー</b> (検査日： _____ 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ <input type="checkbox"/> (単位：LogIU/mL)</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> (単位： IU/mL)</p> <p>(2) ウイルス型</p> <p><input type="checkbox"/> セロタイプ（グループ）1</p> <p><input type="checkbox"/> セロタイプ（グループ）2</p> <p><input type="checkbox"/> 判定不能 → { <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ジェノタイプ2</p> <p>3 血液検査 (検査日： _____ 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/L (施設の基準値： _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/L (施設の基準値： _____ ~ _____)</p> <p>血小板数 _____ ×10<sup>4</sup>/μL (施設の基準値： _____ ~ _____)</p> <p>4 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に） (検査日： _____ 年 月 日)</p> <p>(所見)</p>					

裏面も必ず記載してください

診 断	該当する項目にチェックする		肝がんの 合 併	該当する項目にチェックする	
	<input type="checkbox"/> 1 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる）	<input type="checkbox"/> 2 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる）		<input type="checkbox"/> 1 合併あり	<input type="checkbox"/> 2 合併なし
治療内容	該当する項目にチェック及び記載する				
	今回	過去			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 インターフェロン $\alpha$ 製剤 単独		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 インターフェロン $\beta$ 製剤 単独		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ペグインターフェロン製剤 単独		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 インターフェロン $\alpha$ 製剤+リバビリン製剤		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 インターフェロン $\beta$ 製剤+リバビリン製剤		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 その他・具体的に記載（ _____ ）			
治療予定期間 _____ 週（ _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 ）					
入院の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
治療上の 問題点					
医療機関名	記載年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日				
所在地	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、 <input type="checkbox"/> にチェックが必要 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医である				
電話番号	医師氏名 _____ <span style="float: right;">㊞</span>				

## 認 定 基 準

### (1) B型慢性肝疾患

HBe抗原陽性かつ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、または実施中の者のうち、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。助成対象は2回目までとするが、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が、再度同製剤による治療を受ける場合においては、その治療に対する助成（3回目）を認める。

### (2) C型慢性肝疾患

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、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもので、かつ、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の48週を行ったが、36週までに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

## 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 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、本診断書の作成は日本肝臓学会肝臓専門医以外できません
- 2 医療費助成は、申請月の初日から1年間の助成期間を限度とします。  
また、B型及びC型肝炎ウイルスの除去を目的として行うIFN治療で保険適用となっているものに限られています。  
(入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額は助成対象外)
- 3 IFN少量長期・IFN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 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。
- 5 本診断書は治療実施医療機関が発行することとします。
- 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十分ご検討のうえ、治療開始時期に合わせて診断書を記載願います。
- 10 主治医の自署または記名押印が必要です。
- 11 不明な点がある場合は、大阪府の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IFN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。