第 11 号様式　（第 5 条関係）東京都保健医療局

B型・C型ウイルス肝炎インターフェロン治療医療費助成に係る診断書（新規・2回目・3回目）

B型又はC型ウイルス肝炎のインターフェロン治療のための医療保険診療の患者負担額を助成する制度です。他の疾患（例えば、糖尿病や骨折など）の診療や医療保険外の診療は助成の対象外です。

以下の内容は、東京都指定肝臓専門医療機関の肝臓専門医が記入してください。

フリガナ		性 別	生 年 月 日（年 齢）
患者氏名		男 ・ 女	年　　月　　日生（満　　歳）
住　所	郵便番号 電話番号　　（　　）		
診断年月	年　　月	前 医 （あれば記載する）	医療機関名 医師名
発見契機 **（新規のみ）**	**該当する□をチェックする** □住民検診　□職場検診　□人間ドック　□妊娠時（妊婦検診）　□術前検査（手術・観血的検査） □献血・ドナー登録時　□有症状受診・肝機能障害を疑う症状や肝疾患の診療中 □その他の疾患で治療中（外傷含む）　□その他（　　）		

検査所見

今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する

（B型ウイルス肝炎（新規・2回目・3回目）は1、3、4を、C型ウイルス肝炎（新規・2回目）は2、3、4を記入してください。）

1　B型肝炎ウイルスマーカー　（検査日：　　年　　月　　日 ）

(1) HBs抗原（ ＋ ・ － ）　（該当する方を○で囲む）

(2) HBe抗原（ ＋ ・ － ）　HBe抗体（ ＋ ・ － ）　（該当する方を○で囲む）

(3) HBV-DNA定量 ＿＿＿ logcopy/ml ・ LGE/ml ・ その他（　　）（該当単位を○で囲む）

（測定法 ：　　）

(4) これまでの治療

（2回目のみ）ペグインターフェロン製剤の投与	1　投与なし	2　投与した
（3回目のみ）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）の投与を受け、その後ペグインターフェロン製剤の投与	1　投与なし	2　投与した

2　C型肝炎ウイルスマーカー　（検査日：　　年　　月　　日 ）

(1) HCV-RNA定量 ＿＿＿＿＿ LogIU/ml ・ KIU/ml ・ その他（　　）（該当単位を○で囲む）

（測定法 ： リアルタイムPCR法、その他 （　　））

(2) ウイルス型　　セロタイプ（グループ）1 ・ セロタイプ（グループ）2　（該当する方を○で囲む）

（判明していれば記載する　ジェノタイプ ＿＿＿＿ ）

(3) これまでの治療

十分量の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剤併用療法の24週投与	1　投与なし	2　中断	2　投与した
「2　中断」に○をした場合の具体的な経過・理由（　　）			

ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の72週投与	1　投与なし	2　投与した

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	1　投与なし	2　投与した	
「2　投与した」に○をした場合↓ 治療開始後36週目までにHCV-RNAが陰性化		ア　陰性化しない	イ　陰性化した

インターフェロンフリー治療歴	1　なし	2　あり（薬剤名　　）

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 ＿＿＿＿ $\times 10^4$ ／μl　（施設の基準値 ＿＿＿ ～ ＿＿＿ ）

4　画像診断、肝生検などの所見　（検査日：　　年　　月　　日）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診　断

該当する欄に○印をする

	新規	2回目	3回目
Ｂ型肝炎ウイルスによる慢性肝炎			
Ｃ型肝炎ウイルスによる慢性肝炎			－
Ｃ型肝炎ウイルスによる代償性肝硬変			－

肝がんの合併（申請日現在）

該当する番号を○で囲む

肝がん　　1　あり　　2　なし（過去に肝がんの治療をし、現在合併していないものも含む）

治療内容

予定している抗ウイルス療法の該当番号を○で囲む（B型慢性肝炎で3回目の場合は3のみが対象）

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（具体的に記載してください）

（※ ただし、「インターフェロンフリー治療」は除く。別の診断書に記載してください。）

治療予定期間　　週（　　年　　月 ～　　年　　月）

治療上の問題点

肝臓専門医療機関名及び所在地

医療機関コード

記載年月日　　年　　月　　日

肝臓専門医　氏 名　　㊞

（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、御注意ください。

【B 型ウイルス肝炎 認定基準】

1　２回目まで

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）

2　本助成制度利用が３回目の場合

１の基準を満たし、かつ、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、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合

【C 型ウイルス肝炎　認定基準】

1　新規申請時

HCV-RNA 陽性のＣ型慢性肝炎及びＣ型代償性肝硬変で根治を目的とする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、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）を受けたことがあるものについては、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場合に限る。

（注）プロテアーゼ阻害剤･･･シメプレビル、バニプレビルのどちらか

2　本助成制度利用が２回目の場合

１の基準を満たし、かつ、以下の①、②のいずれにも該当しない場合

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