

C型ウイルス肝炎インターフェロンフリー治療(非代償性肝硬変を除く)医療費助成に係る診断書(再治療)

C型ウイルス肝炎のインターフェロンフリー治療(インターフェロンを用いない経口抗ウイルス薬治療)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	該当する□をチェックする <input type="checkbox"/> 住民検診 <input type="checkbox"/> 職場検診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 妊娠時(妊婦検診) <input type="checkbox"/> 術前検査(手術・観血的検査) <input type="checkbox"/> 献血・ドナー登録時 <input type="checkbox"/> 有症状受診・肝機能障害を疑う症状や肝疾患の診療中 <input type="checkbox"/> その他の疾患で治療中(外傷含む) <input type="checkbox"/> その他()				
過去の治療歴	該当する項目を○で囲む ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法(中止・再燃・無効) イ. 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(中止・再燃・無効) (薬剤名: シメプレビル・バニプレビル) ※どちらかを○で囲む ウ. 上記以外の治療(具体的に記載してください)) エ. インターフェロンフリー治療(中止・再燃・無効) (薬剤名:)				
検査所見	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) (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 (該当する項目を○で囲む) セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2・左記のいずれも該当しない (判明していれば記載する ジェノタイプ _____) 2 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 _____ ×10 ⁴ /μl (施設の基準値 _____ ~ _____) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) [_____] 3 画像診断、肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) _____				
診断	下記の診断であることを確認の上、□をチェックする <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスによる代償性肝硬変 Child-Pugh 分類 (A)				
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	インターフェロンフリー治療(薬剤名 _____) 治療予定期間 _____ 週 (年 月 ~ 年 月)				

本診断書を作成する医師	<p>再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。</p> <p><input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p><input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医 ※上記拠点病院に常勤する肝臓専門医の「意見書」の添付が必要</p>
治療上の問題点	
<p>上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。</p> <p>肝臓専門医療機関名および所在地 医療機関コード</p> <p style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p style="text-align: right;">記載年月日 年 月 日</p> <p>肝臓専門医 氏名 ⑩</p>	

- (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 記載日前6か月以内(ただし、今回申請の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。

【 認定基準 】

HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝疾患（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。

※1 上記については、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 回のみの助成とし、Child-Pugh 分類 B 若しくは C の C 型非代償性肝硬変に対しては 1 回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、インターフェロンを含む治療歴の有無を問わない。

※2 略

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医又は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、日本肝臓学会肝臓専門医が「診断書」を作成すること。

※4 上記については、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン（レベトールカプセル 200mg に限る。）の 2 錠を併用した治療の場合は、HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝炎で、当該治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないものであること。

(参考)

Child-Pugh 分類	1 点	2 点	3 点
肝性脳症	なし	軽度	時々昏睡あり
腹水	なし	少量	中等量
血清ビリルビン (mg/dl)	2.0 未満	2.0~3.0	3.0 超
血清アルブミン (g/dl)	3.5 超	2.8~3.5	2.8 未満
プロトロンビン時間 (%)	70 超	40~70	40 未満

A	5~6 点
B	7~9 点
C	10~15 点