

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)医療費助成に係る診断書(新規)

C型非代償性肝硬変に対する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	医療機関名			
		(あれば記載する)	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)					
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 _____ ~ _____)					
3. Child-Pugh 分類 (検査日: 年 月 日)						
該当する□にチェックを入れる						
		結果	施設基準値	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
				合計: _____ 点 (A・B・C) (該当する方を○で囲む)		
4 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非代償性肝硬変 ※Child-Pugh 分類 B 及び C に限る					

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)
治療上の 問題点	
肝臓専門医療機関名および所在地 _____ 医療機関コード _____	
肝臓専門医 氏名 _____ (印)	記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- (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又は 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。

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。なお、インターフェロンを含む治療歴の有無を問わない。

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