

資料 4

愛媛県肝炎治療特別促進事業実施要綱 改正案について

【変更内容】

- ・ 診断書以外の様式における、性別表記欄と押印欄を削除。
- ・ 様式 2-1 世帯調書に、課税証明書省略時の同意欄を追加
→申請時の利便性向上を図るため、上位区分で支障ない方は、課税証明書の添付を省略できる旨を明記。
- ・ 様式 3-4, 3-5 診断書「治療内容」欄に、ベムリディ追加
→テノホビル ジソプロキシシルフマル酸塩と
テノホビル アラフェナミドフマル酸塩（ベムリディ）の区別のため。
- ・ 様式 3-6, 3-7 診断書の「不適合の確認」欄修正
→R4.8 月～ソホスブビル／ベルパタスビル配合錠（エプクルーサ）が慢性肝炎等に対する治療にも適用拡大されたため。
※エプクルーサは重度の腎機能障害（ $eGFR < 30\text{ml/分/1.73 m}^2$ ）又は透析を必要とする腎不全の患者へは禁忌
- ・ 様式 5 肝炎治療自己負担限度月額管理票の追加
→これまで県要綱で定められていなかったため、今回追加。
体裁については、利便性等を考慮し保健所と協議の上修正。
- ・ 様式 10 以降について整理
→要綱本文中に再交付申請について記載、取り下げ申出書と返還申出書については要綱上から削除し任意様式として整理する。

愛媛県肝炎治療特別促進事業実施要綱（案）

第1 目的

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療）によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、これらの抗ウイルス治療は月額の治療費が高額となること、または、長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、早期治療の促進のため、これらの抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては県民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

第2 実施主体

愛媛県

第3 対象医療

この事業の対象となる医療は、C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療とインターフェロンフリー治療、B型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療で、保険適用となっているものとする。

当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等については助成の対象とするが、当該治療と無関係な治療は助成の対象としないものとする。

第4 対象患者

第3に掲げる対象医療を必要とする患者であって、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、保険医療機関等（健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）において当該疾患に関する医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けている者とする。

ただし、他の法令の規定により国又は県並びに市町の負担による医療に関する給付が行われる者は除くものとする。

第5 助成期間

助成の期間は原則1年以内で、治療予定期間に即した期間とする。

ただし、インターフェロン治療については、2回目治療まで助成を認めることができるが、別表第1に定める認定基準に該当する場合は、3回目以降の助成を認めることができず、インターフェロンフリー治療

については、別表第1に定める認定基準に該当する場合は、再治療の助成を認めることができるものとする。また、核酸アナログ製剤治療については、更新を認めることができるものとする。

第6 実施方法

事業の実施は、県が第3に定める対象医療を適切に行うことができる保険医療機関等に委託し、当該事業に必要な費用に相当する金額を交付することにより行うものとする。

第7 実施手続等

1 申請の手続

この事業による医療費の公費負担を受給（更新を含む。）しようとする患者、その保護者又は代理人（患者による委任状を所有する者に限る。）（以下「申請者」という。）は、肝炎治療受給者証交付申請書（様式第1号。以下「交付申請書」という。）に、世帯調書（様式第2-1号）、保険医による肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（それぞれの療法に該当する様式第3-1号から様式第3-8号までの診断書。以下「診断書」という。）、様式第3-9号による肝疾患連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の意見書（必要な場合に限る。）、患者の氏名が記載された被保険者証等、患者及び患者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに患者及び患者と同一の世帯に属する者の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含む。以下同じ。）の課税年額を証明する書類（市町村民税額合算対象からの除外を希望する者がいる場合は、市町村民税額合算対象除外希望申出書（様式第2-2号）を含む。）を添えて、患者の住所地を管轄する保健所長（以下「保健所長」という。）を経由して知事に提出するものとする。

ただし、松山市に住所を有する者は、中予保健所長を経由して提出するものとする。（以下同じ。）

なお、核酸アナログ製剤治療の更新の申請については、医師の診断書に代わって、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を添えることができるものとする。更新の申請に係る申請書類の提出については、郵送も可能とする。

2 受給者の認定等

- (1) 知事は、肝炎治療受給者（以下「受給者」という。）の認定（更新を含む。）を行うに当たっては、肝炎の専門家から構成された認定審査会（以下「認定審査会」という。）の意見を求めるものとする。
- (2) 知事は、受給者として認定したときは、速やかに保健所長を経由して肝炎治療受給者証（様式第4号。以下「受給者証」という。）及び**肝炎治療自己負担限度月額管理票（様式第5号）**を申請者に交付するものとする。

- (3) 知事は、受給者として認定しないときは、保健所長を経由して肝炎治療受給者不承認通知書（様式第~~5-6~~号）を申請者に送付するものとする。
- (4) 認定審査会は、保険医の診断書及び別表第1に定める認定基準により審査し、意見を述べるものとする。

3 受給者証の取扱い

- (1) 受給者証の有効期間は1年以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から起算するものとする。なお、核酸アナログ製剤治療については、受給者証の更新を認めることができるものとする。
- (2) インターフェロンの副作用による休薬等、受給者本人に帰責性のない事由による治療中止期間がある場合であって当初の治療予定期間を超え、かつ、助成期間も超えて治療する場合や、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法及びシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、受給者の主治医がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与が必要と認める場合は、受給者からの申請に基づき、助成機関の延長を認めることができるものとする。なお、助成期間の延長に関する申請は、現に保有する受給者証の有効期間が満了する2ヶ月前までの間に、「様式第~~6-7-1~~号」から「様式第~~6-7-2~~号」により行うこととし、助成期間の延長を認めるに当たっては、別紙「助成期間の延長に係る取扱い基準」に基づくものとする。
- (3) 受給者は、氏名、住所、医療保険、医療機関に変更があったときは、原則として10日以内に、肝炎治療受給者資格変更届出書（様式第~~7-8~~号。以下「変更届出書」という。）に受給者証及び必要書類を添付し、保健所長を経由して知事に提出するものとする。なお、世帯の市町村民税課税年額に変更があった場合には、変更届出書に必要書類を添付し、保健所長を経由して知事に提出することができるものとする。
- (4) 受給者は、県外に転出、治癒、中止、その他の事由により受給者としての資格がなくなったときは、速やかにその受給者証を保健所長を経由して知事に返還するものとする。
- (5) 治療医療機関は、治癒、中止、死亡等の事由が発生したときには、肝炎治療受給者転帰報告書（様式第~~8-9~~号）を保健所長を経由して速やかに知事に提出するものとする。
- (6) 他県で受給者証の交付を受けた者が県内に転入し、引き続いて当該証の交付を受けようとするときには、原則転入日の属する月の翌月末までに、転入前に交付されていた受給者証の写し及び必要書類を肝炎治療受給者証交付申請書（~~様式第1号~~）に添付し、保健所長を経由して知事に申請するものとする。
- (7) 受給者は、受給者証を亡失したときは、速やかに肝炎治療受給者証再交付申請書（様式第10号）を保健所長を経由して知事に提出し、再交付を受けるものとする。

第8 費用の請求及び支払等

1 費用の請求

医療機関は、肝炎治療に係る費用を請求しようとするときは、健康保険法等の規定による被保険者又は被扶養者の肝炎治療特別促進事業の医療費については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和51年8月2日厚生省令第36号）によるものとする。

2 費用の額

医療機関が知事に請求することのできる額は、次の(1)に規定する額から(2)に規定する対象患者が負担する額（以下「一部負担額」という。）を控除した額とする。

(1) 医療保険各法の規定による療養又は後期高齢者医療の療養の給付に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該治療に要する費用の額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額

(2) 1か月につき別表第2に定める額を限度とする額

3 費用の支払

知事は、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「審査支払機関」という。）から療養の給付に関する費用の請求があった場合、その内容を審査し当該審査支払機関へ支払うものとする。

ただし、受給者が緊急その他やむを得ない理由により、前項に規定する一部負担額を超えた費用の額を医療機関に支払った場合は、その額について、知事は当該受給者、その保護者又は代理人（患者による委任状を所有する者に限る。）からの請求により、その内容を審査し支払うものとする。

第9 関係帳簿の備付け

県は、肝炎治療特別促進事業の内容を明確にしておくため、肝炎治療受給者台帳を備え付け、その都度、記載し、整理するものとする。

第10 関係者の留意事項

県は、この事業の実施に当たっては、患者等に与える精神的影響を考慮して、助成事業によって知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対してもその旨指導するものとする。

第11 その他

この要綱に定めるもののほか必要な事項は、愛媛県保健福祉部長が別に定めるものとする。

この要綱は、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成21年12月3日から適用する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成23年9月26日から適用する。

附 則

この要綱は、平成23年12月26日から適用する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成25年12月27日から適用する。

附 則

この要綱は、平成26年9月24日から適用する。

附 則

この要綱は、平成26年12月18日から適用する。

附 則

この要綱は、平成27年6月19日から適用する。

附 則

この要綱は、平成27年9月17日から適用する。

附 則

この要綱は、平成27年12月10日から適用する。

附 則

この要綱は、平成28年4月28日から適用する。

附 則

この要綱は、平成28年10月13日から適用する。

附 則

この要綱は、平成29年4月19日から適用する。

附 則

この要綱は、平成30年11月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成31年4月18日から適用する。

附 則

この要綱は、令和2年5月13日から適用する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から適用する。

(別表第1)

認 定 基 準

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

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。）

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、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は、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において、その治療に対する助成を認める。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B 型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認された B 型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

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、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。

- ※1 上記については、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）に係る治療歴がある場合、副作用等の理由により十分量の24週治療が行われなかった者に限る。
- ※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、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
- ※3 上記については、直前の抗ウイルス治療としてインターフェロンフリー治療に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(2) インターフェロンフリー治療について

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・実施済みの者のうち、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、インターフェロン治療及び3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。
- ※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成し、助成は専門医が勤務する医療機関に限る。
- ※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の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(別表第2)

肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表

階層区分		自己負担限度額 (月額)
甲	世帯の市町村民税(所得割)課税年額が 235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税(所得割)課税年額が 235,000円未満の場合	10,000円

1. 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。
 - (1) C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）型かつ高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師が72週投与（48週プラス24週）が必要と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。
 - (2) 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記の（1）とは別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。ただし、再治療（再投与）及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。

2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。
 - 1（1）について
 - ① 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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当する場合。
 - ② ①に該当しない者であり、今回の治療において、「投与開始後12週後にHCV-RNA量が前値（※）の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性（Real time PCR）で、36週までに陰性化した症例」に該当する場合。

(様式第1号)

肝炎治療受給者証 (新規 ・ 更新) 交付申請書				
(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)				
患 者	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	住 所	〒 (電話)		
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名		患者との 続 柄	
	保 険 種 別	協・組・船・共・国・後		
	被保険者証の 記号・番号			
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名			
病 名	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)			
申請する病名に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを してください				
本助成制度 利 用 歴	1 あり 2 なし 受給者証番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
保 険 医 療 機 関	名 称	所 在 地		
	名 称	所 在 地		
	名 称	所 在 地		
<p>(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療) の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証 (インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療) の (新規・更新) 交付を申請します。</p> <p>申請者 住 所 〒 (患者本人の場合、住所・電話番号は省略可) ふりがな 氏 名 患者との続柄 () (電話) 年 月 日 愛媛県知事 様</p>				

(注) 助成を受けることができるのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

認 定 基 準

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

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。）

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、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は、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において、その治療に対する助成を認める。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

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、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。

※1 上記については、3剤併用療法に係る治療歴がある場合、副作用等の理由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、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

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として、インターフェロンフリー治療に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(2) インターフェロンフリー治療について

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、また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又は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、インターフェロン治療及び3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成し、助成は専門医が勤務する医療機関に限る。

※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の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

世帯調書				
氏名	患者との続柄	生年月日	備考(※) (学校名、学年、アルバイト等の収入の有無等)	市町民税 (所得割) 課税年額
	本人			
世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額				階層区分 (甲・乙)

- **太枠内のみ記入してください。**他は記入の必要はありません。
- 月額負担額を決定するためには、患者世帯**全員**の前年度所得に対する課税状況を証明する書類が必要になります。
※世帯の市町民税所得割合算額**235,000円未満**：階層区分「乙：自己負担上限額1万円」
〃 **235,000円以上**：階層区分「甲：自己負担上限額2万円」
- 市町村民税額合算対象からの除外を希望する者がいる場合は、市町村民税額合算対象除外希望申出書(様式第2-2号)を添付してください。
- ※義務教育以外の学校等に在学する生徒・学生については、扶養に入っており、備考欄に学校名、学年、アルバイト等の収入がない旨の記入がある場合に限り、課税状況を証明する書類を省略することができます。
また、階層区分「甲：月額自己負担上限額**2万円**」となることを了承される場合に限り、下記同意欄への記名により、世帯全員の課税状況を証明する書類の添付を省略することができます。

<p>【同意欄】 階層区分「甲：月額自己負担上限額2万円」となることについて同意し、 世帯全員分の課税証明書の添付を省略します。 申請者氏名： _____</p>
--

(様式第 2 - 2 号)

市町村民税額合算対象除外希望申出書

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名(フリガナ)

申請者氏名(フリガナ)

※上記申出内容が確認できる書類（除外希望者の氏名が記載された被保険者証の写し等）を添付してください。

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ 患者氏名		性別	生年月日(年齢)
		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
過去の治療歴	<p>O型肝炎ウイルスに対する治療の場合、1及び2の該当する項目にチェックする。</p> <p>1. 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)の治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴 なし <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>2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴 あり(薬剤名:) <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	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+/-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+/-) HBe抗体 (+/-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む) ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>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 _____ /μl (施設の基準値: ~)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 年 月 日) (所見:)</p>		
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</p>		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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:)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p>		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医(認定番号)			
保険医 氏名		印	

(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、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

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
過去の治療	<p>該当する方にチェックする。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合 <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>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合 (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 <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。 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 (2) 過去の3剤併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 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)の治療歴なし。 <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:) (3) インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり(薬剤名:) <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	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原(+-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____(単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____(単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む) ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>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 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日) (所見:)</p>		
診断	<p>該当番号を○で囲む</p> <p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</p>		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。(B型慢性活動性肝炎の場合は3のみが対象)</p> <p>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。)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p>		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医(認定番号)		
保険医氏名	印		

(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、HCVウイルス型以外の検査所見は、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. 記入漏れのないよう、ご注意ください。
4. 受給者の認定審査は、インターフェロン治療の保険適用を保証するものではありません。

肝炎治療受給者証(B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 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)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 <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。		
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。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____(単位: _____、測定法: _____) (検査日: 年 月 日) 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 _____ / μ l (施設の基準値: _____~_____) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: _____)		
診断	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. ペグインターフェロン製剤単独 2. その他(具体的に記載: _____) 治療予定期間 _____ 週 (年 月~ 年 月)		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (認定番号 _____)			
保険医 氏 名	印		

(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、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)

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		
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 1. あり 2. なし ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要性 1. あり 2. なし				
検査所見	1. B型肝炎ウイルス マーカー		核酸アナログ製剤治療開始前のデータ		直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要)
	(1) HBs抗原		(検査年月日: 年 月 日)		(検査年月日: 年 月 日)
	HBe抗原		(該当する方を○で囲む。)		(該当する方を○で囲む。)
	(1) HBs抗体		(+ ・ -)		(+ ・ -)
	HBe抗体		(+ ・ -)		(+ ・ -)
	(2) HBV-DNA定量		_____(単位: 、測定法)		_____(単位: 、測定法)
	2. 血液検査		(検査年月日: 年 月 日)		(検査年月日: 年 月 日)
	AST		____IU/l(施設の基準値: ____~____)		____IU/l(施設の基準値: ____~____)
	ALT		____IU/l(施設の基準値: ____~____)		____IU/l(施設の基準値: ____~____)
	血小板数		____/μl(施設の基準値: ____~____)		____/μl(施設の基準値: ____~____)
	3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)		(検査年月日: 年 月 日)		(検査年月日: 年 月 日)
診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)				
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. ベムリディ 6. その他(具体的に記載してください。) 治療開始日(予定を含む。) 年 月				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日		
保険医 氏 名			印		

(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3か月以内の資料に基づき記載してください。ただし、「治療開始前データ」については、核酸アナログ製剤治療中の場合は、治療開始時の資料に基づいて記載してください。
3. 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
4. 記入漏れのないよう、ご注意ください。
5. 受給者の認定審査は、治療の保険適用を保証するものではありません。

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(更新)

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 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
検査所見	1. B型肝炎ウイルス マーカー	前回申請時データ (検査年月日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)	直近の認定・更新時以降のデータ (検査年月日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)
	(1) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体	(+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -)	(+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -)
	(2) HBV-DNA定量	_____(単位: _____、測定法 _____)	_____(単位: _____、測定法 _____)
2. 血液検査	(検査年月日: 年 月 日)	(検査年月日: 年 月 日)	(検査年月日: 年 月 日)
AST	____IU/l(施設の基準値: _____~_____)	____IU/l(施設の基準値: _____~_____)	____IU/l(施設の基準値: _____~_____)
ALT	____IU/l(施設の基準値: _____~_____)	____IU/l(施設の基準値: _____~_____)	____IU/l(施設の基準値: _____~_____)
血小板数	____/μl(施設の基準値: _____~_____)	____/μl(施設の基準値: _____~_____)	____/μl(施設の基準値: _____~_____)
3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)	(検査年月日: 年 月 日)	(検査年月日: 年 月 日)	(検査年月日: 年 月 日)
診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)		
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. ベムリディ 6. その他(具体的に記載 _____) 治療開始日(予定を含む。) 年 月		
治療薬剤の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし 1. ありに○の場合 変更前薬剤名(_____) 変更日(年 月 日)		
治療上の問題点			
上記のとおり、B型慢性肝炎患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。			
医療機関名及び所在地		記載年月日 年 月 日	
保険医 氏 名		印	

(注)

1. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。
3. 記入漏れのないよう、ご注意ください。
4. 受給者の認定審査は、治療の保険適用を保証するものではありません。

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 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)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○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、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:)		
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 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む) ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載:) 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 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh ____点 分類 A・B・C		
不適格の確認	ソホスブビル及びリバビリン併用療法、レジパスビル/ソホスブビル配合錠、ソホスブビル/ベルバタスビル配合錠による治療は所見を記入する。 腎臓機能 eGFR _____ml/分/1.73m ²		
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに限る		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
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)		
治療実施医療機関について	<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が勤務する医療機関である。 ソホスブビル及びリバビリン併用療法又はヴィキラックス配合錠及びレボトルカプセル併用療法の場合は下記にもチェックが必要です。 <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン及びリバビリンの2剤併用療法を実施している、または、実施したことがある。		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (認定番号 _____)		
保険医 氏名	印		

(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、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、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(再治療)

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)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 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、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:)(中止・再燃・無効)		
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 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む) ア)セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ)セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ)上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載:) 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 _____ /ul (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. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: _____) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh _____点 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む。)		
不適格の確認	ソホスブビル及びリバビリン併用療法、レジバスビル/ソホスブビル配合錠、ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠による治療は所見を記入する。 腎臓機能 eGFR _____ml/分/1.73m ²		
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに限る		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
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	<input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療の再治療の場合、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はなりません。 <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 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医で、別紙意見書を添付している医師		
治療実施医療機関について	<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が勤務する医療機関である。 ソホスブビル及びリバビリン併用療法又はヴィキラックス配合錠及びレベトールカプセル併用療法の場合は下記にもチェックが必要です。 <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン及びリバビリンの2剤併用療法を実施している、または、実施したことがある。		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	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。 記載年月日 年 月 日		
保険医 氏名	印		

(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、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、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

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)	医療機関名 医師名																																						
過去の治療歴	<p>該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。</p> <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 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、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療(具体的に記載:) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:)(中止・再燃・無効)																																								
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法:) (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。) ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載:)</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ U/L (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ U/L (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板 _____ /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)</p> <p>3. Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) ※非代償性肝硬変と診断された直近のデータを記載してください。</p> <p style="text-align: right;">該当する□にチェックを入れる</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">合計: _____ 点 (A・B・C)(該当する方を○で囲む)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)</p>						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
	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																																				
不適格の確認	腎臓機能 eGFR _____ ml/分/1.73m ²																																								
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類B及びCに限る</p>																																								
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし																																								
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療 (薬剤名:)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p>																																								
本診断書を作成する医師	<p>インターフェロンフリー治療歴のある場合、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> <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 <input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医又は都道府県が適当と定める医師で、別紙意見書を添付している医師																																								
治療上の問題点																																									
<p>上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。</p> <p style="text-align: right;">記載年月日 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (認定番号)</p> <p>保険医 氏名 印</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、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、ご注意ください。

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号		
	電話番号	()	

愛媛県肝炎治療特別促進事業実施要綱の別表第1 認定基準(抜粋)

(3) インターフェロンフリー治療について

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・実施済みの者のうち、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、インターフェロン治療及び3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成し、助成は専門医が勤務する医療機関に限る。

※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の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。

- ✓上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。
- ✓日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ✓ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2. 該当する意見に、以下にチェックの上返信して下さい。

- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。
(推奨する治療:)
- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 _____ 印

(注) 1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
2. 本意見書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が記載する必要があります。

肝炎治療受給者証 ()								
公費負担番号	3	8	3	8	6	0	1	7
公費負担医療 の受給者番号								
受 給 者	住 所							
	氏 名							
	生年月日	年		月		日		
病 名								
保 険 医 療 機 関								
有 効 期 間								
月 額 自 己 負 担 限 度 額								
交 付 年 月 日								
愛媛県知事 印								

受給者証利用上の注意事項

1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療やインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保健医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。

2 本事業の対象となる医療は、受給者証に記載された疾患に対する抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療、核酸アナログ製剤治療）に限られています。

3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証と自己負担限度額管理票を必ず窓口に提出してください。

4 氏名、住所、加入している医療保険、保険医療機関に変更があったときは、10日以内に、愛媛県知事（保健所）にその旨を届け出てください。

また、愛媛県外へ転出する場合は本証を愛媛県知事（保健所）に返還してください。転出後も受給者証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。

5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなった時、県外へ転出した時、又は、有効期限が切れた時は、下記の該当番号を○で囲み、速やかに愛媛県知事（保健所）に返還してください。

- 1 治癒
- 2 死亡（ 年 月 日）
- 3 他法適用
- 4 県外転出
- 5 有効期限切れ
- 6 その他（ ）

6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、愛媛県知事（保健所）にその旨を届け出てください。

7 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

愛媛県保健福祉部健康衛生局健康増進課 (TEL 089-912-2402)

肝炎治療自己負担限度月額管理票

年 月分

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
日		

日付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
日				
日				
日				
日				

年 月分

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
日		

日付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
日				
日				
日				
日				

年 月分

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
日		

日付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
日				
日				
日				
日				

氏名

※氏名をご記載いただき、受給者証と一緒に医療機関や薬局へ提示してください。

年 月分

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
日		

日付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
日				
日				
日				
日				

年 月分

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
日		

日付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
日				
日				
日				
日				

年 月分

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
日		

日付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
日				
日				
日				
日				

(様式第6号)

第 号
年 月 日

様

愛媛県知事

肝炎治療受給者不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった、次の者にかかる肝炎治療受給者の認定については、愛媛県肝炎治療特別促進事業認定審査会の答申に基づき、下記の理由により、不承認とします。

記

氏名 申請者 住所	
氏名 患者 住所	
不承認の理由	

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

愛媛県知事 様

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

申請者氏名(フリガナ) _____ ()

生年月日 年 月 日生 (満 歳)

現住所 〒 -

電話番号 ()

※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、ご記入ください。

受給者番号()

現行有効期間(年 月 日～ 年 月 日)

(担当医記載欄)

申請者(_____ :フリガナ _____)について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長が必要であると判断する。

記載年月日 年 月 日

医療機関名

その所在地 〒 -

担当医師名 印

(注)なお、副作用等の要因について、都道府県担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。

注1)本申請書は、最寄りの県保健所に申請してください。
注2)延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
注3)記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

愛媛県知事 様

私は、インターフェロン投与期間を、48 週を超えて最大 72 週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目にすべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

申請者氏名（フリガナ） _____ ()

生年月日 年 月 日生（満 歳）

現住所 〒 -

電話番号 ()

※ お手持ちの肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を確認の上、記入してください。

受給者番号()

現行有効期間(開始 年 月 日～終了 年 月 日)

注 1) 本申請書は、最寄りの県保健所に申請してください。

2) 延長は、現行有効期間に引き続く 6 か月を限度とします。

3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(担当医記載欄)

※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

医療機関名 ()

その所在地 ((〒 -))

担当医師名 () 印

確認事項

※ 担当医師は、該当する場合、共通項目の□に加え、(1)または(2)の□にチェックを入れてください。

申請者()、フリガナ: ()について、C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、

(共通項目)

- 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量である。
- 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
[変更後の予定期間:(開始: 年 月~終了: 年 月予定)]

(1) 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 48 週を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化した者が再燃した者で、『今回の治療において、HCV-RNA が投与開始後 36 週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので 48 週プラス 24 週(トータル 72 週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

- 申請者は、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 48 週を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化した者が再燃した者である。
- 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で継続中である(一時休薬期間は除く。)
- 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
 - ・ 投与開始後 36 週までに HCV-RNA が陰性化。(一時休薬期間は除く。)

(2)(1)に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始 12 週後に HCV-RNA 量が前値の 1/100 以下に低下するが、HCV-RNA が陽性(Real time PCR)で、36 週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので、48 週プラス 24 週(トータル 72 週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

- 申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の標準的治療(48 週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で継続中である(一時休薬期間は除く。)
- 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
 - ・ 投与 12 週後は、HCV-RNA が陽性のままであり、かつ、HCV-RNA 量が前値の 1/100 以下に低下
 - ・ 投与 36 週までに HCV-RNA が陰性化(一時休薬期間は除く。)

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書 **【使用上の注意】の重要な基本的注意** において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

(様式第 8 号)

肝炎治療受給者資格変更届出書

年 月 日

愛媛県知事 様

届出者 住 所

氏 名

受給者との続柄

下記のとおり変更になりましたので届け出ます。

公費負担医療の受給者番号				
受給者 氏 名		受 給 者 生年月日	年 月 日	
変 更 内 容	①氏名 ②住所 ③医療保険の種類 ④医療機関(追加・変更) ⑤世帯の市町村民税年額区分			
	番号	新	旧	変更年月日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
備考				

注意事項

- 1 受給者証の裏面「注意事項」に基づき提出するものです。
- 2 変更内容に該当する番号①～⑤を番号欄に記入し、新旧事項と変更年月日を記入してください。
- 3 変更内容を証明する書類（住民票の写し、保険証等）を添付してください。
- 4 医療機関を追加・変更した場合は、所在地と名称を記入してください。
- 5 この届を提出するときは、受給者証を添付してください。

(様式第9号)

肝炎治療受給者転帰報告書

年 月 日

愛媛県知事 様

医療機関 所在地

名 称

代表者

年度に承認されました下記の患者について、転帰事由が生じたので、報告します。

記

受給者番号	患者氏名	疾患名	転帰事由				転帰年月日
			治癒	中止	死亡	その他	

注意事項

- 1 転帰事由の該当する項目に○を付けてください
- 2 事由の「その他」は、他法適用、県外転出等が把握できた場合に記入してください。

