

様式第4号の5(第8条関係)

## 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(新規)

| ふりがな<br>患者氏名                         |                                                                                                                                                                                                                                                                      | 性別      | 生年月日(年齢)     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|----|----|----|----|----|--------|----|----|----|-----|-------------|-------|---------|------|-----------|------|---------|-------|-------|-----|-------|------|
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                      | 男・女     | 年            | 月 | 日生(満歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| 住所                                   | 〒<br>電話番号( )                                                                                                                                                                                                                                                         |         |              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| 診断年月                                 | 年月<br>(あれば記載)                                                                                                                                                                                                                                                        | 前医      | 医療機関名<br>医師名 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| 過去の<br>治療歴                           | 該当する場合、チェックする。<br><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴(3剤併用療法を含む)あり。(薬剤名: ) (中止・再燃・無効)<br><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)<br>(1) HCV-RNA 定量 (単位: logIU/ml) 、測定法 TaqManPCR 法 ( )<br>(2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1 · 2 · その他( ) · 判定不能<br>(該当するものを○で囲む) ジエノタイプ(グループ) 1a · 1b · 2a · 2b · その他( )                                                                             |         |              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
|                                      | 2. 血液検査 (検査日: 年月日)<br>AST IU/l ALT IU/l<br>ヘモグロビン g/dl 血小板 万/uL<br>AFP ng/ml eGFR mL/min/1.73m <sup>2</sup><br>Ccr mL/min/1.73m <sup>2</sup><br>(リバビリン併用療法を行う場合で eGFR が 50 mL/min/1.73m <sup>2</sup> 未満の場合は、クレアチニクリアランスの値をご記入ください。検査を実施していない場合は eGFR からの換算値をご記入ください) |         |              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
|                                      | 3. 画像診断・肝生検などの所見(該当するものを○で囲む。)<br>(1) 画像診断(検査日: 年月日)<br>検査方法(該当するものを○で囲む)<br>・エコー ・CT ・MRI ・その他( )<br>■所見(必ず記載) _____                                                                                                                                                |         |              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
|                                      | (2) 肝臓硬度測定検査(検査日: 年月日)<br>kPa<br>(3) 肝生検(検査日: 年月日)<br>F _____, A _____                                                                                                                                                                                               |         |              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
|                                      | 4. Child-Pugh 分類(右表)の該当する症状を○で囲む<br>合計 点<br>Child-Pugh 分類<br>A · B · C (該当するものを○で囲む)                                                                                                                                                                                 |         |              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |              |   | <table border="1"> <tr> <th></th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> <tr> <td>脳症</td> <td>ない</td> <td>軽度</td> <td>ときどき昏睡</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td>ない</td> <td>少量</td> <td>中等度</td> </tr> <tr> <td>TBil(mg/dl)</td> <td>2.0未満</td> <td>2.0~3.0</td> <td>3.0超</td> </tr> <tr> <td>Alb(g/dl)</td> <td>3.5超</td> <td>2.8~3.5</td> <td>2.8未満</td> </tr> <tr> <td>PT(%)</td> <td>70超</td> <td>40~70</td> <td>40未満</td> </tr> </table> |  | 1点 | 2点 | 3点 | 脳症 | ない | 軽度 | ときどき昏睡 | 腹水 | ない | 少量 | 中等度 | TBil(mg/dl) | 2.0未満 | 2.0~3.0 | 3.0超 | Alb(g/dl) | 3.5超 | 2.8~3.5 | 2.8未満 | PT(%) | 70超 | 40~70 | 40未満 |
|                                      | 1点                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2点      | 3点           |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| 脳症                                   | ない                                                                                                                                                                                                                                                                   | 軽度      | ときどき昏睡       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| 腹水                                   | ない                                                                                                                                                                                                                                                                   | 少量      | 中等度          |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| TBil(mg/dl)                          | 2.0未満                                                                                                                                                                                                                                                                | 2.0~3.0 | 3.0超         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| Alb(g/dl)                            | 3.5超                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2.8~3.5 | 2.8未満        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| PT(%)                                | 70超                                                                                                                                                                                                                                                                  | 40~70   | 40未満         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| (参考所見)                               | HCV 薬剤耐性: あり (NS5A(Y93H)、NS5A( )、NS3( )、その他: ) · なし(該当に○又は記入)                                                                                                                                                                                                        |         |              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| 診断                                   | 該当番号を○で囲む<br>1. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)<br>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<br>合併                           | 1. 肝がんの合併 <sup>※</sup> あり<br>2. 肝がんの合併なし(該当するものに○)<br>※肝がんの合併がある場合は適応になりません。 [ · これまで肝がんなし · 過去に肝がんがあったが現在はなし ]                                                                                                                                                      |         |              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| 治療内容                                 | インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む)<br>1. レジパスビル/ソホスズビル配合錠 3. ソホスズビル/ベルパタスビル配合錠<br>2. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤 4. その他の薬剤(薬剤名: )                                                                                                                                                  |         |              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |
| 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 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |         | 医師氏名         |   | 印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |    |    |    |    |    |    |        |    |    |    |     |             |       |         |      |           |      |         |       |       |     |       |      |

必ず、裏面の注意事項を御確認ください。

## ○ 診断書の記載に係る注意事項

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3箇月以内です。
- 2 記載日前6箇月以内（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。
- 4 本診断書は、原則として日本肝臓学会肝臓専門医により作成してください。

## ○ 患者様へのお願い

肝炎治療費の助成を受けるためには、県（保健所）へ申請が必要です。  
診断書を受け取ったら、直ちに保健所で治療費助成の申請を行って下さい。  
**申請を行った月の治療費から助成の対象となります。**  
御不明な点は、次の問い合わせ窓口に御相談下さい。

### 申請受付場所

申請者の住所地を管轄する保健福祉事務所（甲府市健康支援センターも含む）

### 申請手続きに必要な書類等

- ① 申請書（県感染症対策センターのホームページからでも入手できます。）  
<https://www.pref.yamanashi.jp/kansensho/80408314857.html>
- ② 診断書（治療を開始する医療機関で作成してもらって下さい。）
- ③ マイナンバー（個人番号）の記載のない住民票〔謄本〕（現住所の記載があるので、申請者の属する世帯全員が記載されているもの）
- ④ 市町村民税証明書：所得課税証明書（申請者及び住民票に記載されている世帯全員分）
- ⑤ 医療保険の加入が確認できる書類等
- ⑥ 高齢者受給者証の写し（お持ちの方のみ）

### ＜問い合わせ窓口＞

|                       |                                          |
|-----------------------|------------------------------------------|
| 中北保健福祉事務所             | 0551-23-3074<br>韮崎市本町4丁目2-4北巨摩合同庁舎1階     |
| 峡東保健福祉事務所             | 0553-20-2752<br>山梨市下井尻126-1東山梨合同庁舎1階     |
| 峡南保健福祉事務所             | 0556-22-8158<br>南巨摩郡富士川町鰍沢771-2南巨摩合同庁舎2階 |
| 富士・東部保健福祉事務所          | 0555-24-9035<br>富士吉田市上吉田1丁目2-5富士吉田合同庁舎1階 |
| 甲府市健康支援センター           | 055-237-8952<br>甲府市相生2丁目17-1南庁舎2階        |
| 山梨県福祉保健部<br>感染症対策センター | 055-223-1505                             |
| 山梨大学医学部附属病院肝疾患センター    | 055-273-1111                             |