

再治療

様式第4号の6(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(再治療)

ふりがな 患者氏名		性別	生年月日(年齢)			
		男・女	年	月	日生(満) 歳)	
住 所	〒 <input type="text"/> - 電話番号 <input type="text"/> (<input type="text"/>)					
診断年月	年 <input type="text"/> 月 (あれば記載)	前医	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"/> 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: <input type="text"/>) (中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: <input type="text"/>) (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 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) (1) HCV-RNA 定量 <input type="text"/> (単位: logIU/ml) 、測定法 TaqManPCR 法 <input type="text"/> (2) ウィルス型 セロタイプ(グループ) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> 判定不能 (該当する方を○で囲む) ジエノタイプ(グループ) 1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> 2. 血液検査 (検査日: 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) AST <input type="text"/> IU/l ALT <input type="text"/> IU/l その他の血液検査所見 ヘモグロビン <input type="text"/> g/dl 血小板 <input type="text"/> 万/uL AFP <input type="text"/> ng/ml eGFR <input type="text"/> mL/min/1.73m ² [<input type="text"/>] Ccr <input type="text"/> mL/min/1.73m ² (リバビリン併用療法を行う場合でeGFRが50 mL/min/1.73m ² 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。) (1) 画像診断(検査日: 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) 検査方法(該当するものを○で囲む) • エコー • CT • MRI • その他 <input type="text"/> ■所見(必ず記載) (2) 肝臓硬度測定検査(検査日: 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) kPa,					
	(3) 肝生検(検査日: 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) F <input type="text"/> 、 A <input type="text"/>					
	4. Child-Pugh 分類(右表)の該当する症状を○で囲む					
	合計 点 Child-Pugh 分類 A + B + C (該当を○で囲む)					
	(参考所見)	HCV 薬剤耐性: あり (NS5A(Y93H)、NS5A(<input type="text"/>)、NS3(<input type="text"/>)、その他: <input type="text"/>)・なし(該当に○又は記入)				
	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	1. 肝がんの合併*あり ※肝がんの合併がある場合は適応になりません。 2. 肝がんの合併なし(該当するものに○) •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) 1. レジパスビル/ソホスブビル配合錠 2. グレカプレビル水和物/ピブレンタスピル配合剤 3. ソホスブビル/ベルパタスピル配合錠 4. その他の薬剤(薬剤名: <input type="text"/>)					
治療予定期間	週(<input type="text"/>)	年 <input type="text"/> 月 ~	年 <input type="text"/> 月)			
治療上の問題点						
本診断書の作成医師	以下のいずれかにチェックがない場合は助成対象になりません。 <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"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医で、意見書(様式第4号の9)を添付している医師					
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。 医療機関名及び所在地	記載年月日		年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医	<input type="text"/> 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もので、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 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 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 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 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 甲府市相生2丁目17-1南庁舎2階
山梨県福祉保健部 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