

## 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	〒 — 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"/> 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） <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：logIU/ml・ 、測定法 TaqManPCR 法・ ） （2）ウイルス型 セロタイプ（グループ） 1 ・ 2 ・ その他（ ） ・ 判定不能 （該当する方を○で囲む）ジェノタイプ（グループ） 1 a ・ 1 b ・ 2 a ・ 2 b ・ その他（ ）</p> <p>2. 血液検査（検査日： 年 月 日） AST IU/l ALT IU/l その他の血液検査所見 ヘモグロビン g/dl 血小板 万/uI （必要に応じて記載） AFP ng/ml eGFR mL/分/1.73m<sup>2</sup> Ccr mL/分/1.73m<sup>2</sup> （リバビリン併用療法を行う場合でeGFRが50 mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満の場合は、クレアチニン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）</p> <p>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 月 日） 検査方法（該当するものを○で囲む） ・エコー ・CT ・MRI ・その他（ ） ■所見（必ず記載） （2）肝臓硬度測定検査（検査日： 年 月 日） k Pa、 （3）肝生検（検査日： 年 月 日） F 、A</p> <table><tr><td></td><td>1点</td><td>2点</td><td>3点</td></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> <p>4. Child-Pugh 分類（右表）の該当する症状を○で囲む</p> <p>合計 点 Child-Pugh 分類 A ・ B ・ C （該当を○で囲む）</p>						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 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 2. 肝がんの合併なし（該当するものに○） ※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） 1. レジパスビル/ソホスブビル配合錠 3. ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠 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 ） 治療予定期間 週（ 年 月 ～ 年 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 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