

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

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	〒 一 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(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	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: logIU/ml) 、測定法 TaqManPCR 法。 (2) ウィルス型 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) 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/ul (必要に応じて記載) AFP ng/ml eGFR mL/min/1.73m ²																											
	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) kPa,																											
	(3) 肝生検 (検査日: 年 月 日) F _____, A _____																											
	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	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh 分類B又はC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。 [・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. ソホスブビル/ベルパタスピル配合錠 2. 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	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、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。																												
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