

肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除くインターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（新規）

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	〒 ー 電話番号（ ）				
診断年月	年 月	前医等 （あれば記 載する）	医療機関名： 医 師 名： インターフェロン治療歴： 有（ 年 月 ～ 年 月）・無		
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 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"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <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： ） 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： ） <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。				
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. 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）				
検査所見	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（検査日： 年 月 日） （1）HBs 抗原（＋・－）（該当する方を○で囲む）（ IU/ml） （2）HBe 抗原（＋・－）HBe 抗体（＋・－）（該当する方を○で囲む） （3）HBV-DNA 定量（単位：log copy/m・ 測定法 PCR 法・ ） \rightarrow 検出限界未満の場合、過去の陽性データ（log copy/ml 年 月 日） 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：log copy/ml・ 、測定法 TaqManPCR 法・ ） （2）ウイルス型 セロタイプ（グループ） 1 ・ 2 ・ 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 3. 血液検査（検査日： 年 月 日） ALT IU/l ヘモグロビン g/dl 血小板数 万 / μ l AFP ng/ml 4. 画像診断、肝生検などの所見（画像診断・肝生検・肝臓硬度測定検査（該当を○で囲む）） （検査日： 年 月 日） F / A 、 kPa、未施行（理由 患者同意なし・出血傾向・その他（ ））				
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 （治療予定）	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロン α 製剤単独 5. インターフェロン β 製剤＋リバビリン製剤 2. インターフェロン β 製剤単独 6. ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤 3. ペグインターフェロン製剤単独 7. その他（具体的に記載してください。） 4. インターフェロン α 製剤＋リバビリン製剤 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		
（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はチェックが必要） <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 HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体以外の検査所見は、記載日前6箇月以内（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。
- 4 検査所見1（3）について、定量値が検出限界未満の場合は、過去の陽性データの直近の値を記入願います。

○ 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 南巨摩郡富士川町鯉沢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

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

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	〒 ー 電話番号（ ）				
診断年月	年 月	前医等 （あれば 記載する）	医療機関名： 医 師 名： インターフェロン治療歴： 有（ 年 月 ～ 年 月）・無		
過去の治療歴	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><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</p> <p>（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</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>（2）過去の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</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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。</p> <p>（具体的な経過・理由： ）</p> <p>（3）インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名： ）</p> <p><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>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（検査日： 年 月 日）</p> <p>（1）HBs 抗原（+・-）（該当する方を○で囲む）（ IU/ml）</p> <p>（2）HBe 抗原（+・-）HBe 抗体（+・-）（該当する方を○で囲む）</p> <p>（3）HBV-DNA 定量（単位：log copy/ml、測定法 PCR 法・ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 検出せず</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日）</p> <p>（1）HCV-RNA 定量（単位：log copy/ml、測定法 TaqManPCR 法・ ）</p> <p>（2）ウイルス型 セロタイプ（グループ） 1 ・ 2 ・ 判定不能</p> <p>（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>3. 血液検査（検査日： 年 月 日）</p> <p>ALT IU/l ヘモグロビン g/dl</p> <p>血小板数 万/μl AFP ng/ml</p> <p>4. 画像診断、肝生検などの所見（画像診断・肝生検・肝臓硬度測定検査（該当を○で囲む））</p> <p>（検査日： 年 月 日）</p> <p>F / A 、 kPa、未施行（理由 患者同意なし・出血傾向・その他（ ））</p>				
肝がんの合併	<p>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○）</p> <p>※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]</p>				
治療内容 （治療予定）	<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 5. インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤</p> <p>2. インターフェロンβ製剤単独 6. ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独 7. その他（具体的に記載してください。）</p> <p>4. インターフェロンα製剤＋リバビリン製剤</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		
<p>（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はチェックが必要）</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 医師氏名 印</p>					

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 HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体以外の検査所見は、記載日前6箇月以内（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。
- 4 検査所見1（3）について、定量値が検出限界未満の場合は、検出せずにチェックをお願いします。

○ 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 南巨摩郡富士川町鯉沢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

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

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	〒 ー 電話番号（ ）				
診断年月	年 月	前医等 （あれば記載する）	医療機関名： 医 師 名： インターフェロン治療歴： 有（ 年 月 ～ 年 月）・無		
過去の治療歴	該当する場合はチェックする。 <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	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（検査日： 年 月 日） (1) HBs 抗原（＋・－）（該当する方を○で囲む）（ IU/ml） (2) HBe 抗原（＋・－）HBe 抗体（＋・－）（該当する方を○で囲む） (3) HBV-DNA 定量 <input type="checkbox"/> （単位：log copy/ml、測定法 PCR 法・ <input type="checkbox"/> 検出せず） 2. C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日） (1) HCV-RNA 定量 <input type="checkbox"/> （単位：log copy/ml、測定法 TaqManPCR 法・ <input type="checkbox"/> ） (2) ウイルス型 セロタイプ（グループ） 1 ・ 2 ・ 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 3. 血液検査（検査日： 年 月 日） ALT <input type="text"/> IU/l ヘモグロビン <input type="text"/> g/dl 血小板数 <input type="text"/> 万/μl AFP <input type="text"/> ng/ml 4. 画像診断、肝生検などの所見（画像診断・肝生検・肝臓硬度測定検査（該当を○で囲む）） （検査日： 年 月 日） F / A 、 kPa、未施行（理由 患者同意なし・出血傾向・その他（ ））				
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。 <input type="checkbox"/> ・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 （治療予定）	該当番号を○で囲む。 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. 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		
			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 HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体以外の検査所見は、記載日前6箇月以内（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。
- 4 検査所見1（3）について、定量値が検出限界未満の場合は、検出せずにチェックをお願いします。

○ 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。）
<http://www.pref.yamanashi.jp/kenko-zsn/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 韭崎市本町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 南巨摩郡富士川町鯉沢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