

様式第4号(第8条関係)

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	〒 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つた。 (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/ml · 測定法 PCR 法 · <input type="checkbox"/> 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) ウィルス型 セロタイプ(グループ) 1 · 2 · 判定不能 (該当する方を○で囲む) ジエノタイプ(グループ) 1a · 1b · 2a · 2b · 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 / μl 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○) <u>※肝がんの合併がある場合は適応になりません。</u> [・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
(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

2回目

様式第4号の2(第8条関係)

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	〒一 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. B型慢性活動性肝炎の場合 <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。 2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合 <ol style="list-style-type: none"> (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 <input type="checkbox"/>以下の①、②のいずれにも該当しない。 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 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 (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 <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つた。 (具体的な経過・理由:) (3) 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。 				
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> <ol style="list-style-type: none"> 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/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 (単位: log copy/ml、測定法 TaqManPCR法・) (2) ウィルス型 セロタイプ(グループ) 1・2・ 判定不能 (該当する方を○で囲む) ジエノタイプ(グループ) 1a・1b・2a・2b・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/μl 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	<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> <ol style="list-style-type: none"> 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. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください。) <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	
(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 <u>医師氏名</u> 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。）
<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

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	〒一 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_____ (単位: log copy/ml、測定法 PCR法・  □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_____ (単位: log copy/ml、測定法 TaqManPCR法・) (2) ウィルス型 セロタイプ(グループ) 1・2・判定不能 (該当する方を○で囲む) ジエノタイプ(グループ) 1a・1b・2a・2b・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/μl 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 <u>※肝がんの合併がある場合は適応になりません。</u> [・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