

**肝炎治療受給者証（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3剤併用療法）
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	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 （チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む） ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法（中止・再燃・無効） イ. 上記以外の治療 （具体的に記載： ）（中止・再燃・無効）</p> <p>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。</p>				
検査所見	<p>今回の3剤併用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：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</p> <p>2. 血液検査（検査日： 年 月 日） AST _____ IU/l ALT _____ IU/l ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 万/ul AFP _____ ng/ml</p> <p>3. 肝生検、画像診断などの所見（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（ ））</p>				
診 断	<p>該当番号を○で囲む</p> <p>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）</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○） ※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	<p>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（薬品名： ）3剤併用療法 治療予定期間 24 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） <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 記載日前6箇月以内（ただし、3剤併用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 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。

○ 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（県健康増進課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 被保険者証の写し（申請者の氏名が記載されているもの）
- 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 南巨摩郡富士川町鰐沢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
福祉保健部健康増進課	055-223-1494

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(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3剤併用療法)
の交付申請に係る診断書(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	〒 ー 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	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. インターフェロン治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。</p> <p>(チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む)</p> <p>ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効)</p> <p>イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効)</p> <p>ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効)</p> <p>2. 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>今回の3剤併用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)</p> <p>(1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: logIU/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 (該当する方を○で囲む) ジェノタイプ(グループ) 1a・1b・2a・2b・その他</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>A S T _____ IU/l ALT _____ IU/l</p> <p>ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 万/uI</p> <p>A F P _____ ng/ml</p> <p>3. 肝生検、画像診断などの所見 (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())</p>				
診 断	<p>該当番号を○で囲む</p> <p>1. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)</p>				
肝がんの 合併	<p>1. 肝がんの合併※あり</p> <p>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	<p>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() 3剤併用療法 治療予定期間 24 週(年 月~ 年 月)</p>				
治療上の問題点					
<p>上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断します。</p> <p>医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日</p> <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) <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 記載日前6箇月以内（ただし、3剤併用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 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 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。

○ 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て御相談下さい。

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（県健康増進課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 被保険者証の写し（申請者の氏名が記載されているもの）
- 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
福祉保健部健康増進課	055-223-1494

山梨大学医学部附属病院肝疾患センター	055-273-1111