

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 <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・) 検出限界未満の場合、過去の陽性マーカー (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 / 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○) ※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(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 <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 (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った。 (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 <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>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) (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</p> <p>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) 1a・1b・2a・2b・その他</p> <p>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</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)) (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>				
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 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</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		
(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、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

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	〒 _____ 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・ _____) <input type="checkbox"/> 検出せず					
検査所見	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					
検査所見	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					
検査所見	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 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 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
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