

C型肝炎ウイルスインターフェロンフリー治療医療費助成に係る診断書(新規)

C型肝炎ウイルスのインターフェロンフリー治療(インターフェロンを用いない経口抗ウイルス薬治療)のための医療保険診療の患者負担額を助成する制度です。他の疾患(例えば、糖尿病や骨折など)の診療や医療保険外の診療は助成の対象外です。以下の内容は、東京都指定肝臓専門医療機関の肝臓専門医が記入してください。

フリガナ			性別	生年月日(年齢)		
患者氏名			男・女	昭和 平成	年 月 日生(満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()					
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名			
発見契機	該当する□をチェックする <input type="checkbox"/> 住民検診 <input type="checkbox"/> 職場検診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 妊娠時(妊婦検診) <input type="checkbox"/> 術前検査(手術・観血的検査) <input type="checkbox"/> 献血・ドナー登録時 <input type="checkbox"/> 有症状受診・肝機能障害を疑う症状や肝疾患の診療中 <input type="checkbox"/> その他の疾患で治療中(外傷含む) <input type="checkbox"/> その他()					
過去の治療歴	該当する項目を○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. 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(中止・再燃・無効) (薬剤名: テラプレビル・シメプレビル・バニプレビル) ※いずれかを○で囲む ウ. 上記以外の治療(具体的に記載してください)					
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: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ LogIU/ml・KIU/ml・その他() (該当単位を○で囲む) (測定法: リアルタイムPCR法、その他()) (2) ウイルス型 (該当する項目を○で囲む) セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2・左記のいずれも該当しない (判明していれば記載する ジェノタイプ _____) 2 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____) 血小板数 _____ ×10 ⁴ /μl (施設の基準値 _____ ~ _____) 3 画像診断、肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) _____					
診断	下記の診断であることを確認の上、□をチェックする <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスによる代償性肝硬変 Child-Pugh 分類 (A)					
肝がんの合併(申請日現在)	該当する番号を○で囲む 肝がん 1 あり 2 なし(過去に肝がんの治療をし、現在合併していないものも含む)					
治療内容	インターフェロンフリー治療(薬剤名 _____) 治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)					
治療上の問題点						

肝臓専門医療機関名および所在地

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記載年月日 平成 年 月 日

肝臓専門医 氏名

⑩

- (注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2 記載日前6か月以内(ただし、今回申請の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、御注意ください。

【 認定基準 】

HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝炎又は Child - Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

上記については、原則 1 回のみの助成とする。なお、インターフェロンを含む治療歴の有無を問わない。

オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン（レベトールカプセル 200mg に限る。）の 2 錠を併用した治療の場合は、HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝炎で、当該治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないものであること。

(参 考)

Child-Pugh 分類	1 点	2 点	3 点
肝性脳症	なし	軽度	時々昏睡あり
腹水	なし	少量	中等量
血清ビリルビン (mg/dl)	2.0 未満	2.0~3.0	3.0 超
血清アルブミン (g/dl)	3.5 超	2.8~3.5	2.8 未満
プロトロンビン時間 (%)	70 超	40~70	40 未満

A	5~6 点
B	7~9 点
C	10~15 点