

山梨県肝炎治療助成事業実施要綱一部改正新旧対照表

新	旧
<p style="text-align: center;">山梨県肝炎治療助成事業実施要綱</p> <p>第1条～第7条 (略) 2 (略)</p> <p>3 <u>市町村民税課税年額の算定に当たっては、次に定めるところによるものとする。</u></p> <p>一 <u>平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、「控除廃止の影響を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うものとする。</u></p> <p>二 <u>平成30年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、市町村民税所得割の納税義務者が地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市の区域内に住所を有する場合については、地方税法及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）第1条による改正前の地方税法に規定する市町村民税所得割の標準税率（6%）により算定を行うものとする。</u></p> <p>三 <u>平成30年9月以降において、申請者を含む世帯構成員のいずれかが、未婚のひとり親として、地方税法第292条第1項第11号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となつた女子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号イに該当することとなる者又は同項第12号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となつた男子であつて、現に婚姻していないもの」と読み替えた場合に同号に該当することとなる者であるときは、その者を同項第11号イに定める寡婦又は同項第12号に定める寡夫とみなして、同法第295条第1項の規定により当該市町村民税が課されないこととなる者として、又は同法第314条の2第1項第8号の規定による寡婦控除及び寡</u></p>	<p style="text-align: center;">山梨県肝炎治療助成事業実施要綱</p> <p>第1条～第7条 (略) 2 (略)</p> <p>(新規)</p>

夫控除並びに同条第3項の規定による特別寡婦控除が適用された場合の所得割額を用いることとして、算定を行うことができるものとする。

4 前項の規定による合算対象からの除外を受けようとする者は、市町村民税額合算対象除外申請書（様式第2号）を、知事に提出するものとする。

附 則

（略）

この要綱は、平成30年 4月20日から施行し、平成30年 4月 1日から適用する。

この要綱は、平成31年 4月19日から施行し、平成31年 2月26日から適用する。

別紙1 認定基準

1 ～ 2 (1) (略)

(2) 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剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、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による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。

(削除)

3 前項の規定による合算対象からの除外を受けようとする者は、市町村民税額合算対象除外申請書（様式第2号）を、知事に提出するものとする。

附 則

この要綱は、平成30年 4月20日から施行し、平成30年 4月 1日から適用する。

別紙1 認定基準

1 ～ 2 (1) (略)

(2) 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剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、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による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）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。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

別紙2 助成期間の延長に関する要件 (略)

様式第1号(第6条関係)
～様式第4号の8(第8条関係) (略)

※4 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(3) インターフェロンフリー治療について

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。

※1 上記については、_____原則1回のみ助成と_____する。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

別紙2 助成期間の延長に関する要件 (略)

様式第1号(第6条関係)
～様式第4号の8(第8条関係) (略)

様式第3号(第8条関係)の裏面

(様式第3号の裏面)

助成を受けることができるのは、次の認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

○認定基準

1. B型慢性肝炎

(1) インターフェロン治療について

HBe抗原陰性かつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、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)による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認めない。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝炎患者で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝炎

インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎患者(C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変)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。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療のある者については、肝炎治療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限る。改めて助成の対象とすることができる。なお、インターフェロン単剤治療、インターフェロン+リビドリン併用治療、ペグインターフェロン+リビドリン+プロテアーゼ阻害剤3剤併用療法に係る治療薬の費用を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝炎治療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

注 上記以外のC型慢性肝炎患者の治療を行う場合は、山形県肝炎治療助成事業実施要綱の別紙1(認定基準)をご確認ください。

○肝炎に関するアンケート調査(厚生労働科学研究事業及び県の肝炎対策のためにを策定にご協力いただける場合は、次の項目に回答をお願いします。なお、回答内容については個人が特定できないように配慮いたします。)

1. B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスに感染していることが判明した時期について
該当する番号を○で囲ってください。
1) 最近1年以内に判明 2) 適当に判明していた(いつ頃) 3) 不明
2. 肝炎ウイルスの感染が判明したきっかけについて
該当する番号を○で囲ってください。
1) 市町村の住民健診 2) 職場の健診 3) 他の疾患の治療時の検査 4) 保健所の検査 5) その他()

○個人情報の取り扱いについて

得られた個人情報について当助成事業の目的である総合的な肝炎対策に必要な目的(全国がん登録などを利用した調査及び分析、アンケート調査、事業効果の判定、治療効果の分析等)以外には使用しません。また、得られた個人情報は、厳重に管理し、漏洩、不正利用、改ざん等の防止に適切な対策を講じます。

様式第3号(第8条関係)の裏面

(様式第3号の裏面)

認定基準

1. B型慢性肝炎

(1) インターフェロン治療について

HBe抗原陰性かつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、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)による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認めない。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝炎患者で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝炎

(1) インターフェロン単剤治療及びインターフェロン+リビドリン併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.(2)に係る治療薬のある場合、副作用等の事由により十分量の2-4週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の1.、2.のいずれにも該当しない場合とする。

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ビドリン併用療法による4-8週投与を行ったが、3-6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ビドリン併用療法による7-2週投与が行われたケース。

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療薬がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(2) ペグインターフェロン、リビドリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リビドリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.(1)に係る治療薬の費用を問わない。

※2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、3剤併用療法の治療薬のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限る。改めて助成の対象とすることができる。

※3 テラプレドイルを含む3剤併用療法については、日本皮膚科学会皮膚科専門医(日本皮膚科学会が認定する専門医)が研修施設に勤務する者に限る。)と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。

※4 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療薬がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

(3) インターフェロンフリー治療について

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。

※1 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療薬のある者については、肝炎治療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限る。改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療薬の費用を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝炎治療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

様式第4号の1～8の全ての裏面

様式第4号(裏面)

○ 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（保健所及び中北保健所峡北支所）

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	055-237-1403 甲府市太田町9-1
中北保健福祉事務所峡北支所	0551-23-3074 塩崎市本町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2-6富士吉田合同庁舎1階
甲府市健康支援センター	055-237-8962 甲府市相生2丁目17-1南庁舎
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

様式第4号（第8条関係）の1～8の裏面の裏面

様式第4号(裏面)

○ 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（保健所及び中北保健所峡北支所）

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	055-237-1403 甲府市太田町9-1
中北保健福祉事務所峡北支所	0551-23-3074 塩崎市本町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
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	055-273-9872

様式第4号の5 (第8条関係)

様式第4号の5 (第8条関係) 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 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生(満 歳)	
住 所	電話番号 ()		
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載)	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	該当する項目にチェックする。 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) 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。		
検査所見	今回の3剤併用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: 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 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l ヘパトドリン μ /dl 血小板 万/ μ l AFP ng/ml 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())		
診 断	該当番号を○で囲む 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)		
肝がんの合併	1. 肝がんの合併あり ※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い]		
治療内容	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)		
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。			

様式第4号の5 (第8条関係)

様式第4号の5 (第8条関係) 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 男・女	生年月日(年齢) 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)	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	該当する項目にチェックする。 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) 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。		
検査所見	今回の3剤併用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 (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 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l ヘパトドリン μ /dl 血小板 万/ μ l AFP ng/ml 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: 平成 年 月 日) F/A、kPa、未施行(理由: 患者同意なし・出血傾向・その他())		
診 断	該当番号を○で囲む 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)		
肝がんの合併	肝がん 1. あり (治療中・治療後) 2. 所見なし(検査法: Eコー・CT・MRI・その他())		
治療内容	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(平成 年 月~平成 年 月)		
治療実施医療機関について	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設 又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。※		
※連携する皮膚科専門医	医療機関名		医師名
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地 記載年月日 平成 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。			

様式第4号の6 (第8条関係)

様式第4号の6 (第8条関係)
肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リ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 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生(満 歳)
住 所	電話番号 ()	
診断年月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医 師 名
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 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) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 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。	
検査所見	今回の3剤併用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: 年 月 日) (1) HCV-RNA 定量 (単位: logIU/ml、測定法 TaqMan-PCR 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 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 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 ())	
診 断	該当番号を○で囲む 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)	
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い]	
治療内容	ペグインターフェロン、リ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)	
治療上の問題点		
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。 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。

様式第4号の6 (第8条関係)

様式第4号の6 (第8条関係)
肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リ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 男・女	生年月日(年齢) 昭和 平成 年 月 日生(満 歳)
住 所	郵便番号	電話番号 ()
診断年月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医 師 名
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 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) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 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。	
検査所見	今回の3剤併用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 (単位: logIU/ml、測定法 TaqMan-PCR 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 2. 血液検査 (検査日: 平成 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 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: 平成 年 月 日) F/A、kPa、未施行 (理由 患者同意なし・出血傾向・その他 ())	
診 断	該当番号を○で囲む 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)	
肝がんの合併	肝がん 1. あり (治療中・治療後) 2. 所見なし (検査法 エコー・CT・MRI・その他 ())	
治療内容	ペグインターフェロン、リ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 (平成 年 月～平成 年 月)	
治療実施医療機関について	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が実施する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医(研修施設)又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。 ※	
※連携する皮膚科専門医	医療機関名	医師名
治療上の問題点		
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。 医療機関名及び所在地 記載年月日 平成 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。

様式第4号の7 (第8条関係)

様式第4号の7 (第8条関係)
肝炎治療受給者証(慢性肝炎を脱くインターフェロンフリー治療)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 (あれば記載)	医療機関名 医師名	
過去の 治療歴	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効)			
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: _____ 年 月 日) (1) HCV-RNA 定量 (単位: log IU/ml、測定法 TaqManPCR 法) _____ (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1、2、その他(_____) (該当するものを○で囲む) ジェノタイプ(グループ) 1a、1b、2a、2b、その他(_____)			
	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/l AFP _____ ng/ml eGFR _____ mL/分/1.73m ² Cr _{cre} _____ mL/分/1.73m ² (U)クレアチニン併用療法を行う場合でeGFRが60 mL/分/1.73m ² 未満の場合は、クレアチニンクリアランスの値をご記入ください。検査を実施していない場合はeGFRからの推定値をご記入ください。			
診断	3. 画像診断・肝生検などの所見 (該当するものを○で囲む) (1) 画像診断 (検査日: _____ 年 月 日) 検査方法 (該当するものを○で囲む) ・エコー ・CT ・MRI ・その他(_____) ■ 所見 (必ず記載) (2) 肝臓硬度測定検査 (検査日: _____ 年 月 日) kPa、A _____ (3) 肝生検 (検査日: _____ 年 月 日) F _____、A _____			
	4. Child-Pugh 分類 (右表) の該当する症状を○で囲む 合計 _____ 点 Child-Pugh 分類 A ・ B ・ C (該当するものを○で囲む)			
(参考所見)	HCV 薬剤耐性: あり (NS5A(Y93H)、NS5A(_____), NS3(_____), その他: _____) ・ なし (該当に○又は記入)			
肝がんの 合併	1. 肝がんの合併あり ※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 2. 肝がんの合併なし (該当するものに○)			
治療内容	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ダクラタシル及びアソナプリル併用療法 2. ソホスビル及びグリザレリンの併用療法 3. レジメタシル/ソホスビル配合錠 4. エルバスビル及びグラソプレビル水和物の併用療法 5. グレカプレビル水和物/ビプレキサシル配合錠 6. その他の薬剤 (薬剤名: _____)			
治療予定期間	週 (_____ 年 月 ~ _____ 年 月)			
医療機関名及び所在地	記載年月日 _____ 年 月 日			
<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。

様式第4号の7 (第8条関係)

様式第4号の7 (第8条関係)
肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)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		昭和 平成 _____ 年 月 日生(満 歳)	
住所	〒 _____ 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	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効)			
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: _____ 年 月 日) (1) HCV-RNA 定量 (単位: log IU/ml、測定法 TaqManPCR 法) _____ (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1、2、その他(_____) (該当するものを○で囲む) ジェノタイプ(グループ) 1a、1b、2a、2b、その他(_____)			
	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/l AFP _____ ng/ml eGFR _____ mL/分/1.73m ² Cr _{cre} _____ mL/分/1.73m ² (U)クレアチニン併用療法を行う場合でeGFRが60 mL/分/1.73m ² 未満の場合は、クレアチニンクリアランスの値をご記入ください。検査を実施していない場合はeGFRからの推定値をご記入ください。			
診断	3. 画像診断・肝生検などの所見 (該当するものを○で囲む) (1) 画像診断 (検査日: _____ 年 月 日) 検査方法 (該当するものを○で囲む) ・エコー ・CT ・MRI ・その他(_____) ■ 所見 (必ず記載) (2) 肝臓硬度測定検査 (検査日: _____ 年 月 日) kPa、A _____ (3) 肝生検 (検査日: _____ 年 月 日) F _____、A _____			
	4. Child-Pugh 分類 (右表) の該当する症状を○で囲む 合計 _____ 点 Child-Pugh 分類 A ・ B ・ C (該当するものを○で囲む)			
(参考所見)	HCV 薬剤耐性: あり (NS5A(Y93H)、NS5A(_____), NS3(_____), その他: _____) ・ なし (該当に○又は記入)			
肝がんの 合併	1. 肝がんの合併あり ※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 2. 肝がんの合併なし (該当するものに○)			
治療内容	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ダクラタシル及びアソナプリル併用療法 2. ソホスビル及びグリザレリンの併用療法 3. レジメタシル/ソホスビル配合錠 4. エルバスビル及びグラソプレビル水和物の併用療法 5. グレカプレビル水和物/ビプレキサシル配合錠 6. その他の薬剤 (薬剤名: _____)			
治療予定期間	週 (平成 _____ 年 月 ~ 平成 _____ 年 月)			
医療機関名及び所在地	記載年月日 _____ 年 月 日			
<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。

様式第4号の8 (第8条関係)

様式第4号の8 (第8条関係)
肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)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	電話番号 () ()	
診断年月	前送 (あれば記載)	医療機関名 医師 名
過去の 治療歴	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療あり。(薬剤名:) (中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療あり。(薬剤名:) (中止・再燃・無効)	
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: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: logIU/ml) 測定法 TaqManPCR法 (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1・2・その他()・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() 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l その他の血液検査所見 ヘモグロビン g/dl 血小板 万/ul (必要に応じて記載) AFP ng/ml αGFR mL/分/1.73m ² CrCl mL/分/1.73m ² (U)クレアチニン併用療法を行う場合でαGFRが50 mL/分/1.73m ² 未満の場合は、クレアチニンクリアランスの値をご記入ください。検査を実施していない場合はαGFRからの換算値をご記入ください。 3. 画像診断・肝生検などの所見 (該当するものを○で囲む) (1) 画像診断 (検査日: 年 月 日) 検査方法 (該当するものを○で囲む) ・エコー ・CT ・MRI ・その他() 腫所見 (必ず記載) (2) 肝臓硬度測定検査 (検査日: 年 月 日) kPa 腫小、ない、少量、中等度 YSI(mg/dl) 2.0未満、2.0～3.0、3.0超 Alb(g/dl) 3.5超、2.8～3.5、2.8未満 PT(%) 70超、40～70、40未満 (3) 肝生検 (検査日: 年 月 日) F、A 4. Child-Pugh分類(右表)の該当する症状を○で囲む 合計 点 Child-Pugh 分類 A・B・C (該当を○で囲む)	
(参考所見)	HCV薬剤耐性: あり (NSSA(Y93H)、NSSA()、NS3()、その他:)・なし (該当に○又は記入)	
診 断	該当番号を○で囲む 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) ※Child-Pugh分類Aに限る	
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い]	
治療内容	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ダクラタビル及びアソナブレビル併用療法 5. グレカプリル水和物/ビブレクタスビル配合剤 2. ソホスビル及びグリザプリンの併用療法 6. ソホスビル/ヘリパタスビル配合剤、ソノレスタリン併用 3. レジタスビル/ソホスビル配合剤 7. その他の薬剤(薬剤名) 4. エルバスビル及びグラソプレビル水和物の併用療法	
治療予定期間	週(年 月 ~ 年 月)	
治療上の留意点		
本診断書の 作成医師	以下のいずれかにチェックがない場合は助成対象になりません。 <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医で、意見書(様式第4号の9)を添付している医師	
上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療による再治療を行う必要があると診断します。 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、表面の注意事項を御確認ください。		

様式第4号の8 (第8条関係)

様式第4号の8 (第8条関係)
肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)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	昭和 平成 年 月 日生(満 歳)
住 所	電話番号 () ()	
診断年月	前送 (あれば記載)	医療機関名 医師 名
過去の 治療歴	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療あり。(薬剤名:) (中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療あり。(薬剤名:) (中止・再燃・無効)	
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 (単位: logIU/ml) 測定法 TaqManPCR法 (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1・2・その他()・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() 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l その他の血液検査所見 ヘモグロビン g/dl 血小板 万/ul (必要に応じて記載) AFP ng/ml αGFR mL/分/1.73m ² CrCl mL/分/1.73m ² (U)クレアチニン併用療法を行う場合でαGFRが50 mL/分/1.73m ² 未満の場合は、クレアチニンクリアランスの値をご記入ください。検査を実施していない場合はαGFRからの換算値をご記入ください。 3. 画像診断・肝生検などの所見 (該当するものを○で囲む) (1) 画像診断 (検査日: 平成 年 月 日) 検査方法 (該当するものを○で囲む) ・エコー ・CT ・MRI ・その他() 腫所見 (必ず記載) (2) 肝臓硬度測定検査 (検査日: 平成 年 月 日) kPa 腫小、ない、少量、中等度 YSI(mg/dl) 2.0未満、2.0～3.0、3.0超 Alb(g/dl) 3.5超、2.8～3.5、2.8未満 PT(%) 70超、40～70、40未満 (3) 肝生検 (検査日: 平成 年 月 日) F、A 4. Child-Pugh分類(右表)の該当する症状を○で囲む 合計 点 Child-Pugh 分類 A・B・C (該当を○で囲む)	
(参考所見)	HCV薬剤耐性: あり (NSSA(Y93H)、NSSA()、NS3()、その他:)・なし (該当に○又は記入)	
診 断	該当番号を○で囲む 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) ※Child-Pugh分類Aに限る	
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い]	
治療内容	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ダクラタビル及びアソナブレビル併用療法 5. 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 2. ソホスビル及びグリザプリンの併用療法 及びグリザプリン(レベートルカプセル)の併用療法 3. レジタスビル/ソホスビル配合剤 6. エルバスビル及びグラソプレビル水和物の併用療法 4. オムビタスビル水和物/パリタプレビル水和物 7. ダクラタスビル・アソナブレビル・ベクラプリル配合剤 ・リトナビル配合剤 8. グレカプリル水和物/ビブレクタスビル配合剤	
治療予定期間	週(平成 年 月 ~ 平成 年 月)	
治療上の留意点		
本診断書の 作成医師	以下のいずれかにチェックがない場合は助成対象になりません。 <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医で、意見書(様式第4号の9)を添付している医師	
上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療による再治療を行う必要があると診断します。 医療機関名及び所在地 記載年月日 平成 年 月 日 医師氏名 印		
必ず、表面の注意事項を御確認ください。		

様式第4号の9 (第8条関係)

様式第4号の9 (第8条関係)

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

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 ()	

山梨県肝炎治療助成事業実施要綱 別紙1 認定基準(抜粋)

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎(C型慢性肝炎もしくは Child-Pugh 分類A のC型代償性肝硬変又は Child-Pugh 分類BもしくはCのC型非代償性肝硬変)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。

※1 上記については、C型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類A のC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみの助成とし、Child-Pugh 分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2. (1)及び2. (2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目についても満たしている必要があります。

- 上記の山梨県肝炎治療助成事業実施要綱における認定基準を確認した。
- 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ウイルス性肝炎の治療に十分な知識・経験を持っている。

2. 本意見書を記載する医師が適切であると判断する場合に限り、以下にチェックの上返信して下さい。

- この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。

記載年月日 年 月 日

肝炎患診連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

- (注) 1. 本意見書の有効期限は、記載日から起算して3箇月以内です。
2. 本意見書は肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

様式第4具の9 (第8条関係)

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

ふりがな 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	昭和 平成	年 月 日 生(満 歳)	
住 所	郵便番号		電話番号 ()	

山梨県肝炎治療助成事業実施要綱 別紙1 認定基準(抜粋)

(3) インターフェロンフリー治療について

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。

※1 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2. (1)及び2. (2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目についても満たしている必要があります。

- 上記の山梨県肝炎治療助成事業実施要綱における認定基準を確認した。
- 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ウイルス性肝炎の治療に十分な知識・経験を持っている。

2. 本意見書を記載する医師が適切であると判断する場合に限り、以下にチェックの上返信して下さい。

- この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。

記載年月日 平成 年 月 日

肝炎患診連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

- (注) 1. 本意見書の有効期限は、記載日から起算して3箇月以内です。
2. 本意見書は肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

様式第4号の10 (第8条関係)

(新設)

様式第4号の10 (第8条関係)
肝長治療受給者証(インターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変用)

ふりがな 患者氏名	性別	生年月日 (年齢)	
	男・女	年 月 日	(満 歳)
住 所	〒 _____		
	電話番号 (_____) _____		
診断年月	前医 (おれば記載)	医療機関名 医 師 名	
過去の 治療歴	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴(非代償性)あり。(薬剤名: _____) (中止・再発・無効) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり(薬剤名: _____) (中止・再発・無効) 今回の治療開始前の所見を記入する。		
検査所見	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: logIU/ml) 測定法: TaqManPCR 法 (2) ウイルス型: セロタイプ(グループ) 1 - 2 - その他() 判定不能 (該当するものを○で囲む) ジェノタイプ(グループ) 1a - 1b - 2a - 2b - その他()		
	2. 血液検査 (検査日: _____ 年 月 日) その他の血液検査所見 (結果にも記入) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l アルブミン _____ g/dl 血小板 _____ 万/μl AFP _____ ng/ml α-GFP _____ mL/分/1.73m ²		
検査所見	3. 画像診断・肝生検などの所見 (該当するものを○で囲む) (1) 画像診断 (検査日: _____ 年 月 日) 検査方法 (該当するものを○で囲む) ・エコー ・CT ・MRI ・その他() 肝所見 (必ず記載) _____ (2) 肝生検測定検査 (検査日: _____ 年 月 日) 肝生検 (検査日: _____ 年 月 日) F _____ A _____		
	4. Child-Pugh 分類 (右表) の該当する症状を○で囲む 合計 _____ 点 Child-Pugh 分類 A - B - C (該当するものを○で囲む)		
検査所見	HCV 薬剤耐性: あり (NS5A(Y93H), NS5A) (), NS3() , その他: () なし (該当に○又は記入)		
診 断	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh 分類 B又はCに属する		
肝がんの 合併	1. 肝がんの合併あり <input type="checkbox"/> 肝がんの合併がある場合は追加記載にしてください。 2. 肝がんの合併なし (該当するものに○) <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	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ソホスブビル/ベシ/ダスブビル配合錠 2. その他の薬剤 (薬剤名 _____) 治療予定期間 _____ 年 月 - _____ 年 月		
治療上の 問題点			
本診断書の 作成医師	インターフェロン治療歴のある場合、以下のいずれかにチェックがない場合は助成対象になりません。 <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医で、意見書(様式第4号の9)を添付している医師		
上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。 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、表面の注意事項を御確認ください。

様式第5号（第8条関係）

～様式第13号（第14条関係）（略）

様式第5号（第8条関係）

～様式第13号（第14条関係）（略）

