

岩手県肝炎治療特別促進事業実施要綱の様式について

様式変更についての意見照会結果（H28. 8 照会実施）

No	氏名	様式番号	内容
1	滝川康裕先生	様式第 2-8	アナログ更新診断書 検査項目にHBs抗原・抗体と検査値・検査方法・単位を追加
2	本間博先生	様式第 1-4	インターフェロン延長（72週投与）申請 句点の追加
3	本間博先生	様式第 1-6	インターフェロン延長（副作用）申請 用語の修正 肝臓医→肝臓専門医
4	阿部弘一先生	様式第 2-6	インターフェロンフリー診断書 過去の治療歴に「2. インターフェロン治療歴なし」の項目追加
5	阿部弘一先生	様式第 2-8	アナログ更新診断書 検査所見に「3. 画像診断検査日」を追加

※一部修正あり

参考

核酸アナログ製剤治療費助成の更新申請に係る診断書の簡素化について

○趣旨： 肝炎医療費助成に係る核酸アナログ製剤による治療費助成の更新手続きについては、従来より手続きの簡素化が求められており、更新を行う多くの患者において治療内容(製剤)の変化がないことを踏まえ、簡素化を図るものです。

○改正点

- 更新申請の添付書類について、診断書以外の添付でも可とします。
- これらの添付書類は、直近の認定・更新時以降に作成されたものとします。

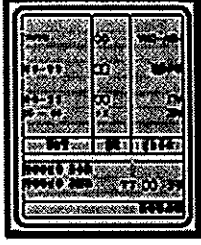
新設

診断書以外の場合

診断書の代わりに、

(a)検査内容(血液検査結果等)が分かる資料
 (b)受けている治療内容が分かる資料
 の添付でも可とする。

(a)の例：検査結果報告書の写し、
 健診・人間ドックの結果の写し 等



直近の認定・更新時以降の日付で発行されたものであること



(b)の例：お薬手帳の写し、薬剤情報提供書の写し 等



直近の認定・更新時以降の日付で発行されたものであること

国通知より抜粋

診断書の場合

(様式3-8)

項目	内容
氏名	山田 太郎
性別	男
年齢	45歳
生年月日	1978年10月10日
住所	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
職業	会社員
受診科	内科
受診日	2023年10月27日
医師	山田 太郎
診断内容	慢性B型肝炎ウイルス感染症(活動性)
検査結果	HBsAg:陽性, HBeAg:陽性, HBcAb:陽性, HBV-DNA:陽性
治療内容	核酸アナログ製剤による治療中
備考	

直近の認定・更新時以降に検査された内容を記載

診断書の有効期間
 間は別添

本県の対応

- 診断書の代わりにできる資料について、必要な検査データ等を申請者本人及び窓口で判断することは難しい。
- 審査に必要な情報が担保されにくい。



- 本県では、診断書に代わる資料を設定しない。
- 診断書様式を簡略化することで対応する。
- 併せて、既存様式の見直しを図る。

肝炎治療受給者証(核酸アナログ治療)認定に係る報告書(更新)

(改訂案)

患者氏名	男・女	性別	生年月日(年齢)
住所	昭 平	大 平	年 月 日 生(満 歳)

住所	昭和・平成	前医 (お名前)	医師名	医療機関名
診断名	1. B型肝炎ウイルスキャリア 2. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)	該当する番号を○で囲む。	1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)	該当する番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択)
治療内容	1. あり 2. なし 3. アナログ 4. アナログ 5. その他 ※具体的に記載	治療開始日(予定を含む)	平成 年 月 日	治療内容 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アナログ 5. その他 ※具体的に記載

検査所見	1. B型肝炎ウイルスキャリア 直近の認定・更新時以降のデータ [検査日: 平成 年 月 日] HBs抗原(+-) 測定値: 単位: 測定法: HBs抗体(+-) 測定値: 単位: 測定法: HBs抗原(+-) 測定値: 単位: 測定法: HBs抗体(+-) 測定値: 単位: 測定法: ※HBs抗原・抗体については、検査を実施した場合に記載のこと	2. 血液検査 [検査日: 平成 年 月 日] T.Bil: mg/dl () ~ () AST: IU/l () ~ () ALT: IU/l () ~ () 血小板数: /μl () ~ ()	3. 画像診断および肝生検などの所見 [検査日: 平成 年 月 日] T.Bil: mg/dl () ~ () AST: IU/l () ~ () ALT: IU/l () ~ () 血小板数: /μl () ~ ()
検査結果	検査結果	検査結果	検査結果

(注) 1. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日データに基づいて記載してください。
なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
2. 記入漏れのある場合は認定できないとあるので、ご注意ください。

患者氏名	男・女	性別	生年月日(年齢)	
住所	昭 平	大 平	年 月 日 生(満 歳)	
診断年月	昭和・平成	前医 (お名前)	医師名	医療機関名

検査所見	1. B型肝炎ウイルスキャリア [検査日: 平成 年 月 日] T.Bil: mg/dl () ~ () AST: IU/l () ~ () ALT: IU/l () ~ () 血小板数: /μl () ~ ()	2. 血液検査 [検査日: 平成 年 月 日] 測定値: 単位: 測定法: 測定値: 単位: 測定法: (2) HBV-DNA定量 HBs抗体(+-) 測定値: 単位: 測定法: HBs抗原(+-) 測定値: 単位: 測定法: (1) HBs抗原(+-) 測定値: 単位: 測定法: 測定値: 単位: 測定法: 測定値: 単位: 測定法:	3. 画像診断および肝生検などの所見 [検査日: 平成 年 月 日] T.Bil: mg/dl () ~ () AST: IU/l () ~ () ALT: IU/l () ~ () 血小板数: /μl () ~ ()
検査結果	検査結果	検査結果	検査結果

診断	1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)	該当する番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択)	1. エンテカビル 4. アナログ 2. ラミブジン 3. アナログ 5. その他 ※具体的に記載
治療内容	治療開始日(予定を含む)	平成 年 月 日	治療内容 1. エンテカビル 4. アナログ 2. ラミブジン 3. アナログ 5. その他 ※具体的に記載
治療上の問題点	治療開始日(予定を含む)	平成 年 月 日	治療内容 1. エンテカビル 4. アナログ 2. ラミブジン 3. アナログ 5. その他 ※具体的に記載

治療上の問題点	治療開始日(予定を含む)	平成 年 月 日	治療内容 1. エンテカビル 4. アナログ 2. ラミブジン 3. アナログ 5. その他 ※具体的に記載
治療上の問題点	治療開始日(予定を含む)	平成 年 月 日	治療内容 1. エンテカビル 4. アナログ 2. ラミブジン 3. アナログ 5. その他 ※具体的に記載
治療上の問題点	治療開始日(予定を含む)	平成 年 月 日	治療内容 1. エンテカビル 4. アナログ 2. ラミブジン 3. アナログ 5. その他 ※具体的に記載

(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. 更新時直近データは記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。
3. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の経過とする範囲内においてデータ記載してください。

肝炎治療受給者証(核酸アナログ治療)認定に係る診断書(更新) (現行)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)交付申請書

岩手県知事 様

平成 年 月 日

申請者氏名

印 (記名・押印又は署名)

インターフェロン治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎受給者証(インターフェロン治療)の交付を申請します。

申	ふりがな氏名		性別	男 女
	生年月日	明 昭 大 平 年 月 日	職業	
請	住所	〒 (電話)		
	加入	被保険者氏名		受給者との続柄
者	医療保険	保険種別	政・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号
		被保険者証発行機関名		
病名				
本助成制度利用歴		1. あり 2. なし 都道府県名 () 受給者証番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)		
医療機関又は薬局	名称		所在地	
	名称		所在地	
	名称		所在地	
	名称		所在地	

保健所等記入欄	添付資料：診断書 受給者の自己負担額：階層区分(甲・乙) 申請者が希望する有効期間始期：平成 年 月 日から (※診断書記載月の翌月及び翌々月の初日を希望する場合) 特記事項					受付印
	申請書	同意書(申請書裏)	診断書(押印確認)	住民票	健康保険証の写し	

(注) 助成を受けることができるのは、裏面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】

- B型慢性肝炎
 - インターフェロン治療について

HBe抗原陽性かつ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2回目の助成を受けることができるのは、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たことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。
 - 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
- C型慢性肝炎
 - インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリパビリン併用治療について

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)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。また、2.(3)に係る治療歴のないものとする。

※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パビリン併用療法による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パビリン併用療法による72週投与が行われたケース。
 - ペグインターフェロン、リパ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、リパ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。ただし、2.(3)に係る治療歴のないものとする。

※2 上記について、原則1回のみ助成とする。ただし、テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴がある者については、担当医によりシメプレビル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、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。
 - 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、1回のみ助成とする。なお、2.(1)及び(2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記治療に対する助成の申請にあたっては、県が実施するインターフェロンフリー治療診断書作成医師認定研修会を受講した医師が「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。

肝炎治療受給者証(インターフェロニン治療)交付申請書

岩手県知事 様

申請者氏名 _____ 印 (記名・押印又は署名)

インターフェロニン治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証(インターフェロニン治療)の交付を申請します。

氏名	ふりがな	姓 別	性別	性 別	男 女
生年月日	大平	年 月 日	年 月 日	職業	職業
住所	〒 (電話番号)				
加入	被保険者氏名	受給者との続柄	被保険者証の協・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
医療	加入	被保険者氏名	被保険者証の協・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
保険	加入	被保険者氏名	被保険者証の協・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
者	加入	被保険者氏名	被保険者証の協・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
病 名	1. おり 2. なし				
本助成制度	利用履歴				
都道府県名 ()	受給者証番号 ()				
有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)					
所在地					
名称					
所在地					
名称					
所在地					
名称					
所在地					
名称					
所在地					

申請書	同意書 (申請書裏)	診断書 (押印確認)	住民票	健康保険証の写し	所得が確認できる書類	押印確認
記入欄	添付資料：診断書 受給者の自己負担額：階層区分 (甲・乙) 申請者が希望する有効期間開始期：平成 年 月から (※診断書記載月の翌月及び翌々月の初日を希望する場合) 特記事項					
健康所等	交付印 受付印					

(注) 助成を受けることが出来るのは、裏面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型肝炎肝疾患
 - (1) インターフェロニン治療について

HBe抗原陽性でかつHBV-DNA陽性のB型肝炎活動性肝炎でインターフェロニン治療を行う予定、又はインターフェロニ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、インターフェロニン製剤を用いる治療に限っては、HBe抗原陰性のB型肝炎活動性肝炎も対象とする。)

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにインターフェロニン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

 - (2) 核酸アミノ酸製剤治療について

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型肝炎肝疾患で核酸アミノ酸製剤治療を行う予定、又は核酸アミノ酸製剤治療実施中の者

 - (1) インターフェロニン単剤治療並びにインターフェロニン製剤併用治療について

HCV-RNA陽性のC型肝炎肝疾患又はC型肝炎肝疾患でインターフェロニン治療を行う予定、又はインターフェロニ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)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。また、2.(3)に係る治療歴のないものとする。
 - ※ 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、十分量のインターフェロニン製剤併用療法による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、インターフェロニン製剤併用療法による72週投与が行われたケース。
 - (2) インターフェロニン製剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型肝炎肝疾患で、インターフェロニン製剤併用療法を行う予定、又はインターフェロニン製剤併用療法による72週投与が行われたケース。

 - ※ 1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。ただし、2.(3)に係る治療歴のないものとする。
 - ※ 2 上記について、原則1回のみの助成とする。ただし、インターフェロニン製剤併用療法の治療歴がある者については、担当医によりインターフェロニン製剤併用療法を行うことが適切であると判断される場合、改めて助成の対象とすることができる。
 - ※ 3 インターフェロニン製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) インターフェロニン治療について

HCV-RNA陽性のC型肝炎肝疾患又はChild-Pugh分類AのC型肝炎肝疾患で、インターフェロニン製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、1回のみの助成とする。なお、2.(1)及び(2)に係る治療歴の有無を問わない。
 - ※ 2 上記治療に対する助成の申請にあたっては、県が実施するインターフェロニン治療診断操作規程認定研修会を受講した医師が「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 1-3)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)交付(新規・更新)申請書

平成 年 月 日

岩手県知事 様

申請者氏名

印 (記名・押印又は署名)

核酸アナログ製剤治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付を申請します。

申 請 者	ふりがな 氏 名		性 別	男 女
	生年月日	明 昭 大 平	年 月 日	職 業
	住 所	〒 (電話)		
	加 入	被保険者氏名		受給者との 統 柄
医 療 保 険	保 険 種 別	協・組・船・共・国・後	被保険者証の 記 号・番 号	
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名			
病 名				
本助成制度 利 用 歴		1. あり 2. なし 都道府県名 () 受給者証番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)		
医 療 機 関 又 は 薬 局	名 称		所在地	
	名 称		所在地	
	名 称		所在地	
	名 称		所在地	
	名 称		所在地	

保 健 所 等 記 入 欄	添付資料： 診断書 受給者の自己負担額： 階層区分 (甲・乙) 申請者が希望する有効期間始期： 平成 年 月 から (※診断書記載月の翌月及び翌々月の初日を希望する場合) 特記事項					受 付 印
	申請書	診断書 (押印確認)	住民票	健康保険証 の写し	所得が確認 できる書類	

(72週投与用)

(表面)

(様式第1-4)

肝炎治療受給者証(ソラフエロシ治療)有効期間延長申請書(A)		平成 年 月 日
岩手県知事 様		申請者氏名 印(記名・押印又は署名)
私は、ソラフエロシ投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証(ソラフエロシ治療)の有効期間延長を申請します。		氏名 生年月日 住所
※お手持ちの肝炎治療受給者証(ソラフエロシ治療)を確認の上、記入してください。		性別 男女
受給者番号		電話
現行有効期間 (開始)平成 年 月 日～(終了)平成 年 月 日		

保樹等 記入欄	特記事項	申請書	受給者証	押印確認 (押捺指図)			
	受付印						

備考1 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
2 記入漏れのある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(担当医記載欄)

※以下の事項すべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 _____

その所在地 〒 _____

担当医師名 _____ 印 _____

確認事項

※担当医師は、該当する場合、(1)もしくは(2)の□にチェックを入れてください。

(有効期間延長の認定には、(1)もしくは(2)のすべての□にチェックが入っていることが必要です)。

申請者()、ソラフエロシ投与期間延長の実施に当たり、

ウイルス量症例へのソラフエロシ投与期間延長の実施に当たり、

(1) これまでの治療において、ソラフエロシ併用療法48週を行い、36週までに

HCV-RNAが陰性化したか、再燃したかで、

「今回の治療において、HCV-RNAが投与開始後36週までに陰性化した症例に該当する。」と認められ

るので、48週ソラフエロシ併用療法48週(トータル72週)の投与期間延長が必要であると判断する。

申請者の診断名は、「C型慢性肝炎」である。

申請者の治療前ウイルス量については、セロクルール1かつ高ウイルス量である。

申請者は、これまでの治療において、ソラフエロシ併用療法48週を行い、36週までに

HCV-RNAが陰性化したか、再燃した者である。

申請者は、ソラフエロシ併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中である。

なお、現在治療開始後()週目で継続中である(一時休業期間は除く。)

申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。

投与開始後、継続的に治療を続け、

申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に達して24週間を延長するもので、治療開始から最

大で72週間である。

変更後の予定期間：(開始：平成 年 月 ~ 終了：平成 年 月 予定)

(2) (1)に該当しない者で、

「今回の治療で、投与開始12週後にHCV-RNA量が前値の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが

陽性(Qeal time PCR)で、36週までに陰性化した症例に該当する。」と認められるので、48週ソラフエロシ併用療法(トータル72週)の投与期間延長が必要であると判断する。

申請者の診断名は、「C型慢性肝炎」である。

申請者の治療前ウイルス量については、セロクルール1かつ高ウイルス量である。

申請者は、ソラフエロシ併用療法を開始し、本申請時、当該

治療を継続的に実施中である。

なお、現在治療開始後()週目で継続中である(一時休業期間は除く。)

申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。

投与開始後、継続的に治療を続け、

申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に達して24週間を延長するもので、治療開始から最

大で72週間である。

変更後の予定期間：(開始：平成 年 月 ~ 終了：平成 年 月 予定)

(注) ソラフエロシ併用療法【使用上の注意】の重要な基本的注意において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

(シメプレビルを含む3剤併用療法延長用)

(様式第1-5)

肝炎治療受給者証(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)有効期間延長申請書(B)

平成 年 月 日

岩手県知事 様

申請者氏名 _____ 印(記名・押印又は署名)

私は、プロテアーゼ阻害剤(シメプレビル)を含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)の有効期間延長を申請します。

申請者	ふりがな氏名		性別	男 女
	生年月日	明 昭 大 平 年 月 日 (満 歳)		
	住 所	〒 _____ (電話 _____)		

※ お手持ちの肝炎治療受給者証(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)を確認の上、記入してください。

受給者番号							
現行有効期間	(開始)平成 年 月 日～(終了)平成 年 月 日						

備考 1 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
 2 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

保健所等 記入欄	特記事項				受付印	
申請書	受給者証	押印確認 (特記事項)				

(担当医記載欄)

※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 _____

その所在地 〒 _____

担当医師名 _____ 印

確認事項

※ 担当医師は、該当する項目の口をチェックを入れてください。

有効期間延長の認定には、(1)の治療歴のいずれかの項目及び(2)の判断にチェックが入っていることが必要です。

申請者(_____ 、フリガナ _____)について、C型肝炎ウイルス抗体陽性者(症例)へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、

(1) 治療歴について

これまでのインターフェロン治療[ベグ インターフェロン製剤単独、リバビリン併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法]の有効例と認められ、

- 申請者は、これまでの24週以上のインターフェロン治療でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者である。
- 申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始12週後にHCV-RNAが前値の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者である。

(2) 3剤併用療法の治療期間延長の判断について

- 3剤併用期間に続く12週のベグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に24週(総治療期間48週)延長することが適切であると判断する。

変更後の予定期間：(開始：平成 年 月 ～ 終了：平成 年 月 予定)

(注) シメプレビルを含む3剤併用療法の実施において、ベグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。

(副作用等延長用)

(様式第1-6)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書(C)

平成 年 月 日

岩手県知事 様

申請者氏名

印 (記名・押印又は署名)

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。

申請者氏名
フリガナ
氏名
明昭
性別
男女

生年月日
大平
年 月 日 (満 歳)

住所
〒 (電話)

※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入してください。

受給者番号

現行有効期間 (開始)平成 年 月 日～(終了)平成 年 月 日

(担当医記載欄)

申請者(フリガナ:)について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長が必要であると判断する。

※ 申請者が受けている治療がソラフェニルを含む3剤併用療法(24週)の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。

治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名
〒
その所在地
〒
担当医師名
印

(注) なお、副作用等の要因について、医師所長様より原因の連絡をさせていただいて来てください。

備考1 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

備考2 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

保健所等 記入欄	特記事項	申請書	受給者証	押印確認 (申請者・担当医)				
	受付印							

(等)

(現行)

(様式第1-7)

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)有効期間変更申立書

平成 年 月 日

岩手県知事 様

申請者氏名 印

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)については、先に承認・交付をされているところですが、下記の理由により先に予定していた期間を変更して治療を実施することとなりましたので、受給者証有効期間について、次のとおり承認くださいますようお願いいたします。

受給者番号							
承認済期間	(開始)平成 年 月 日～(終了)平成 年 月 日 ※ お手持ちの肝炎治療受給者証を確認の上、記入してください。						
変更後期間	(開始)平成 年 月 日～(終了)平成 年 月 日						
変更理由							

上記のとおり申し立てます。

平成 年 月 日

申請者 住 所:

氏 名: 印

平成 年 月 日

医療機関 住 所:

氏 名:

医師氏名: 印

申 立 書

肝炎治療受給者証については、平成 年 月 日付で申請し平成 年 月 日付で承認・交付をいただいているところですが、下記の理由により先に予定していた期間を変更して治療を実施することとなりましたので、受給者証有効期間について、変更後の期間で承認くださいますようお願いいたします。

記

交 付 内 容 : インターフェロンフリー治療

受給者氏名 :

承認済期間 : 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

変更後期間 : 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

変 更 理 由 :

上記のとおり申立てします。

平成 年 月 日

申請者 : 住 所

氏 名 印

平成 年 月 日

医療機関 : 住 所

名 称

医師氏名 印

保健所等 記入欄	特記事項					受 付 印
	申請書	受給者証	押印確認 (申請者・担当)			

(様式第5)

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

岩手県知事 様
平成 年 月 日

下記の方については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名 (フリガナ)
申請者氏名 (フリガナ)
印 (記名・押印又は署名)

※ 既に肝炎治療特別促進事業を奨励されている方は、記入してください。

受給者番号

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

(様式第6)

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

岩手県知事 様
平成 年 月 日

下記の方については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名 (フリガナ)
申請者氏名 (フリガナ)
印 (記名・押印又は署名)

※ 既に肝炎治療特別促進事業を奨励されている方は、記入してください。

受給者番号

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

(様式第5)

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

岩手県知事 様
平成 年 月 日

下記の方については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名 (フリガナ)
申請者氏名 (フリガナ)
印 (記名・押印又は署名)

※ 既に肝炎治療特別促進事業を奨励されている方は、記入してください。

受給者番号

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

(様式第6)

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

岩手県知事 様
平成 年 月 日

下記の方については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名 (フリガナ)
申請者氏名 (フリガナ)
印 (記名・押印又は署名)

※ 既に肝炎治療特別促進事業を奨励されている方は、記入してください。

受給者番号

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

(様式第6)

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

岩手県知事 様
平成 年 月 日

下記の方については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名 (フリガナ)
申請者氏名 (フリガナ)
印 (記名・押印又は署名)

※ 既に肝炎治療特別促進事業を奨励されている方は、記入してください。

受給者番号

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

(様式第7)

肝炎治療指定医療機関変更届

平成 年 月 日

岩手県知事 様

開設者の住所
(連絡先)
開設者氏名 印
医療機関の名称

岩手県肝炎治療特別促進事業実施要綱第12の規定により、申請した事項に変更が生じたので、次のとおり提出します。

変 更 事 項	名 称	新	
		旧	
	所 在 地	新	
		旧	
	開設者の氏名	新	
		旧	
	開設者の住所	新	
		旧	
変更年月日			

※医療機関コードの変更がある場合は、本様式ではなく、旧コード医療機関としての辞退届と、新コード医療機関としての指定申請が必要です。

保健所等 記入欄	特記事項					受付印
	変更届	押印確認				

(様式第8)

肝炎治療指定医療機関辞退届

平成 年 月 日

岩手県知事 様

開設者の住所
(連絡先)
開設者氏名 印

岩手県肝炎治療特別促進事業実施要綱第12の規定による肝炎治療指定医療機関としての指定を辞退したいので、次のとおり提出します。

病院若しくは診療所又は薬局	名 称										
	所 在 地										
	理 由										
	辞退希望日										
	保険医療機関 コード										

保健所等 記入欄	特記事項					受付印
	辞退届	押印確認				

肝炎治療受給者証医療機関追加届										
岩手県知事 様	平成	年	月	日	岩手県知事 様	（〒	）	（電話番号	）	
氏名	氏名 続柄(受給者の 印 (記名・押印又は署名) ・本人)									
申請者 住所	住所 (申請者と異なる 場合のみ記入)									
受給者番号	性別	男・女	受給者番号							
氏名	ふりがな	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	（満 才）	住所	（申請者と異なる 場合のみ記入）	
給	追加したい 医療機関	1.	所在地	1.	受給者証の 送付先 受給者・申請者・その他（ ）					
		2.	所在地	2.						
		3.	所在地	3.						
受	者	次のとおり、肝炎治療受給者証への医療機関の追加を届出ます。								

保健所等 記入欄	特記事項	追加申請書	受給者証	押印確認	受付印
-------------	------	-------	------	------	-----

肝炎治療受給者証記載事項変更届										
岩手県知事 様	平成	年	月	日	岩手県知事 様	（〒	）	（電話番号	）	
氏名	氏名 続柄(受給者の 印 (記名・押印又は署名) ・本人)									
申請者 住所	住所 (申請者と異なる 場合のみ記入)									
受給者番号	性別	男・女	受給者番号							
氏名	ふりがな	生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	男・女	変更 事項	
給	変更 事項	1.	所在地	1.	変更年月日 平成					
		2.	所在地	2.						
		3.	所在地	3.						
受	者	1.	所在地	1.	変更年月日 平成					
		2.	所在地	2.						
		3.	所在地	3.						
受給者	住所	（申請者と異なる 場合のみ記入）	氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	男・女
保険の 種類	組合・組合・共済・後期高齢者 本人・家族 本人・家族 （家族の別） 国保（一般・退職）・その他	被保険者証 の記号番号	被保険者証発行 機関名及び番号 （番号	その他	摘要	備考1 「変更事項」は該当するものに○を付けてください。 2 提出の際は、既に交付されている受給者証を添付してください。 ただし、「保険区分、番号」に係る変更の場合は、受給者証の添付の必要はありません。				

保健所等 特記事項	受給者証	押印確認	変更届	受付印
--------------	------	------	-----	-----

(様式第 12)

肝炎治療受給資格喪失届					
平成 年 月 日					
岩手県知事 様					
(〒 -) (電話 - -)					
申請者 住所					
氏名		印		続柄(受給者の ・ 本人)	
(記名・押印又は署名)					
次の事由により、資格を喪失したので届出します。					
受給者番号					
受 給 者	住所 (申請者と異なる 場合のみ記入)				
	氏名				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女	
医療 機関	名称				
	所在地				
届出の理由		治療 ・ 転出 ・ 死亡			
資格喪失年月日		平成 年 月 日			
摘要					

備考 1 「届出の理由」は該当するものに○を付けてください。

2 提出の際は、既に交付されている受給者証を添付してください。

保健所等 記入欄	特記事項 受給者証返却 (有 ・ 無)				受付印
	喪失届	受給者証	押印確認		

(様式第 13)

肝炎治療受給者証再交付申請書					
平成 年 月 日					
岩手県知事 様					
(〒 -) (電話 - -)					
申請者 住所					
氏名		印		続柄(受給者の ・ 本人)	
(記名・押印又は署名)					
次のとおり、紛失(棄損)したので再交付の申請をします。					
受給者番号					
受 給 者	住所 (申請者と異なる 場合のみ記入)				
	氏 名				
	生年月日	明 昭 大 平 年 月 日	性別	男・女	
医 療 機 関	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
再交付申請の理由		汚損による ・ 破損による ・ 紛失による			
摘要					

備考 1 「再交付申請の理由」は該当するものに○を付けてください。

2 汚損、破損の場合は、その受給者証を添付してください。

保健所等 記入欄	特記事項 受給者証返却 (有 ・ 無)				受付印
	再交付申請書	受給者証	押印確認		

肝炎治療受給者証認定のための
診断書作成担当医師に係る要件確認票

(次の中で該当する項目にし印を付けてください。)

肝炎患の臨床経験が5年以上ある

腹部超音波検査に熟練し、画像診断ができる

一般社団法人日本肝臓学会肝臓専門医である

一般財団法人日本消化器病学会専門医である

インターフェロンなど抗ウイルス療法の経験がある

上記に相違ありません。

医療機関所在地

名称

担当医師 氏名

印

※上記のいずれかの要件を満たしている場合に、当該診断書を作成できます。

※ 本票は岩手県肝疾患診療ネットワーク医療機関に所属しな

い医療機関の場合、治療内容に関わらず提出いただくものです。

※ 診断書作成医師が、岩手県肝疾患診療ネットワーク医療機関

に所属する医師の場合は、この用紙を提出する必要はありません。

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)認定に係る診断書(新規)

(第)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)		
			男・女	明昭	年	月 日生
				大平		(満 歳)
住所						
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			
診断	該当する番号を○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					
過去の治療歴	該当する番号を○で囲み、□にチェックをする。 1. インターフェロン治療あり 【これまでの治療内容】※()で、該当項目を○で囲む。 □ ベ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) □ ベ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) □ 上記以外の治療 (具体的に記載:) 2. インターフェロン治療歴なし					
検査所見	1. ウイルスマーカー 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 (測定値: 単位: 測定法:) (2) ウイルス型 (該当する番号に○をする) 1. セロタイプ(グループ)1 (Ia, Ib) 2. セロタイプ(グループ)2 (IIa, IIb) 2. 血液検査 【1回目: 平成 年 月 日】 【2回目: 平成 年 月 日】 検査結果 施設の基準値 検査結果 施設の基準値 T.Bil: _____ mg/dl (~) T.Bil: _____ mg/dl (~) AST: _____ IU/l (~) AST: _____ IU/l (~) ALT: _____ IU/l (~) ALT: _____ IU/l (~) 血小板数: _____ /μl (~) 血小板数: _____ /μl (~) 3. 画像診断及び肝生検などの所見【検査日: 平成 年 月 日】 (所見) 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh分類 ポイント合計 点 ※7点以上は認められません。					
インターフェロンフリー治療開始前の所見を記入						
肝がんの合併	1. あり (治療中・治療後) 2. なし					
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 日 ~ 平成 年 月 日)					
治療上の問題点						
記載年月日 平成 年 月 日						
□ インターフェロンフリー治療診断書作成医師認定研修会受講済						
医療機関名および所在地						
医師氏名 印						

(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、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。

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)認定に係る診断書(新規)

(現行)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)		
			男・女	明昭	年	月 日生
				大平		(満 歳)
住所						
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			
診断	該当する番号を○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					
過去の治療歴	次に該当する場合、番号を○で囲み、□にチェックをする。 1. インターフェロン治療あり 【これまでの治療内容】※()で、該当項目を○で囲む。 □ ベ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) □ ベ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) □ 上記以外の治療 (具体的に記載:)					
検査所見	1. ウイルスマーカー 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 (測定値: 単位: 測定法:) (2) ウイルス型 (該当する番号に○をする) 1. セロタイプ(グループ)1 (Ia, Ib) 2. セロタイプ(グループ)2 (IIa, IIb) 2. 血液検査 【1回目: 平成 年 月 日】 【2回目: 平成 年 月 日】 検査結果 施設の基準値 検査結果 施設の基準値 T.Bil: _____ mg/dl (~) T.Bil: _____ mg/dl (~) AST: _____ IU/l (~) AST: _____ IU/l (~) ALT: _____ IU/l (~) ALT: _____ IU/l (~) 血小板数: _____ /μl (~) 血小板数: _____ /μl (~) 3. 画像診断及び肝生検などの所見【検査日: 平成 年 月 日】 (所見) 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh分類 ポイント合計 点 ※7点以上は認められません。					
インターフェロンフリー治療開始前の所見を記入						
肝がんの合併	1. あり (治療中・治療後) 2. なし					
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 日 ~ 平成 年 月 日)					
治療上の問題点						
記載年月日 平成 年 月 日						
□ インターフェロンフリー治療診断書作成医師認定研修会受講済						
医療機関名および所在地						
医師氏名 印						

(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、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。

