



肝炎治療受給者証交付申請書

(インターフェロン: 新規・2回目・3回目)/(インターフェロンフリー: 新規・再治療)/(核酸アナログ製剤: 新規・更新)

受給者	ふりがな 氏名			性別	男 ・ 女
	生年月日	年	月	日	疾病名
加入 医療保険	住所	〒 _____ 電話 () _____			
	被保険者氏名			受給者との続柄	
	保険種別	被保険者証の 記号・番号		(記号)	(番号)
	被保険者証発行 機関番号・名称	(番号)	(名称)		

本助成制度利用歴 該当番号を○で囲む。 1. あり 2. なし
「1. あり」の場合 → 受給者証番号 ()
有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

受療 又は 保険 医療 機関	1	所在地	〒 _____		
		名称	_____ 電話 () _____		
	2	所在地	〒 _____		
		名称	_____ 電話 () _____		
	3	所在地	〒 _____		
		名称	_____ 電話 () _____		
	4	所在地	〒 _____		
		名称	_____ 電話 () _____		

インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療、核酸アナログ製剤治療の効果・副作用等について医師から説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

〒 _____
【申請者】 住所 _____ 電話 () _____
_____ 電子メールアドレス _____
ふりがな _____ (受給者との続柄)
氏名 _____

年 月 日

兵庫県知事 様

※「受給者証」は受給者あてに送付します。 チェック欄
申請者あてに送付希望の場合はチェックしてください →

申請時直近の、世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額に応じて自己負担 限度額は右の2区分となります。	区分	世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額	自己負担限度額 (月額)	該 当
	甲	235,000円以上の場合	20,000円	
	乙	235,000円未満の場合	10,000円	

前年(前々年)の世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額が 235,000 円以上であり、自己負担区分「甲」となることを了承し、課税年額等の証明書類を提出しません。 氏名 (申請者自署)

当該公費負担医療に係る治療の経過及び結果について、治療を実施する医療機関から兵庫県へ報告されることに同意します。(報告内容の使用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、肝炎対策推進の目的以外に使用することはありません。また、個人が識別される情報の公表は行いません。)

受給者氏名 _____

- (注) 1. この申請書に所定の診断書及び必要書類を添えて、住所地の健康福祉事務所(保健所)に提出してください。
2. この申請にかかる肝炎治療を受療する医療機関・薬局をすべて記入してください。
3. 助成期間は、健康福祉事務所(保健所)がこの申請書を受理した月の初日から最大1年間で、治療期間に即した期間です。核酸アナログ製剤治療については1年ごとに更新を行うことが可能です。更新申請は受給者証の有効期間内に行ってください。
4. 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。
5. 県外からの転入による継続申請の場合は、交付を受けていた都道府県の受給者証の写しを提出してください。

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ 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。）

※ インターフェロン治療について、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治療（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る。

(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型慢性肝疾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

2. C型慢性肝疾患

(1) 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バ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、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。

※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バ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バビリン併用療法による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、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。

※ 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、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療8週、再治療12週とする療法に限る。また、2.(1)及び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剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

また、Child-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変に対する、ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤による治療については、日本肝臓学会認定の肝臓専門医によって治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、助成の対象とすることができる。

保健所
受付印

※ 記入方法について不明な点は、お住まいの地域の申請窓口にご確認ください

様式1号(第1の1、第9の1、第12関係)

○該当するものを選択

●肝炎治療受給者証交付申請書

○**インターフェロン**：新規・2回目・3回目 / (インターフェロン)：**新規**再治療 / (核酸アナログ製剤)：新規・更新

○助成期間は、受付印の日付の属する月の初日から最大1年間で、治療期間に即した期間です。

受給者	ふりがな	ひょうご たろう		性	
	氏名	兵庫 太郎			
	生年月日	昭和 33 年 3 月 3 日		疾病名	慢性肝炎 (C型)
	住所	〒650-0876 神戸市中央区下山手通5-×-×		電話	○疾病名は、該当するものを記入
加入医療保険	被保険者氏名	兵庫 太郎		受給者との続柄	本人
	保険種別	保険種別に○を付けてください ① 協健 2. 組合 3. 船員 4. 共済 5. 国保 6. 後期高齢		被保険者証の記号・番号	(記号) ××××××× (番号) ××
	被保険者証発行機関番号・名称	(番号) ××××× (名称) 全国健康保険協会 兵庫支部			

本助成制度利用歴

該当番号を○で囲む。 ①. あり 2. なし
「1. あり」の場合 → 受給者証番号 (×××××××)
有効期間 (平成 ××年 ××月 ××日 ~ 平成 ××年 ××月 ××日)

受療又は保険薬局
又は保険薬局

1	所在地	〒	名称	電話 () -	
	名称				
	2	所在地	〒	名称	電話 () -
		名称			
3	所在地	〒	名称	電話 () -	
	名称				
4	所在地	〒	名称	電話 () -	
	名称				

○治療を受ける予定の医療機関、薬局をすべて記入
○5カ所以上ある場合は様式1号をもう1枚追加して記入する (2枚目にも受給者氏名を必ず記入)

受給者と申請者が異なる場合
○申請者あてに受給者証の送付を希望する場合はチェック欄に記入

インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療、核酸アナログ製剤治療の効果・副作用等について医師から説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

〒650-0004

【申請者】 住所 神戸市須磨区中央区中山手通6-×-×

電話 (078) ××× - ××××
電子メールアドレス ×××××@×××.jp

○訂正箇所には訂正印を押印もしくはサイン

ふりがな 氏名 ひょうご はなこ 兵庫 花子

受給者との続柄 長女

令和元 年 9 月 2 日

(受給者本人が申請する場合は、押印の必要はありません)

兵庫県知事 様

※「受給者証」は受給者あてに送付します。 申請者あてに送付希望の場合はチェックしてください

申請時直近の、世帯の市町村民税(所得割)課税年額に応じて自己負担限度額は右の2区分となります。

区分	世帯の市町村民税(所得割)課税年額	自己負担限度額(月額)	該当
甲	235,000円以上の場合	20,000円	○
乙	235,000円未満の場合	10,000円	

前年(前々年)の世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円以上であり、自己負担区分「甲」となること、
課税年額等の証明書類を提出しません。 氏名(申請者自署) 兵庫 花子

当該公費負担医療に係る治療の経過及び結果について、治療を実施する医療機関から兵庫県へ報告されることに同意します。(報告内容の使用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、肝炎対策推進の目的以外に使用することはありません。また、個人が識別される情報の公表は行いません。)

○ご協力をお願いします。

受給者氏名 兵庫 太郎 (受給者自署の場合は、押印不要)

- (注)
- この申請書に所定の診断書及び必要書類を添えて、住所地の健康福祉事務所(保健所)に提出してください。
 - この申請にかかる肝炎治療を受療する医療機関・薬局をすべて記入してください。
 - 助成期間は、健康福祉事務所(保健所)がこの申請書を受理した月の初日から最大1年間核酸アナログ製剤治療については1年ごとに更新を行うことが可能です。更新申請は受給者が行うことができます。
 - 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。
 - 県外からの転入による継続申請の場合は、交付を受けていた都道府県の受給者証の写しを提出してください。

○申請に当たっては、裏面記載の認定基準をお読みいただいた上で主治医等とよく御相談ください。

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ 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。）

※ インターフェロン治療について、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治療（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る。

(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型慢性肝疾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

2. C型慢性肝疾患

(1) 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バ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、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。

※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バ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バビリン併用療法による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、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。

※ 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、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療8週、再治療12週とする療法に限る。また、2.(1)及び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剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

また、Child-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変に対する、ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤による治療については、日本肝臓学会認定の肝臓専門医によって治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、助成の対象とすることができる。

肝炎治療受給者証(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	郵便番号			
	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	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 (1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: 、測定法) (検査日: 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 測定値 _____ (単位: 、測定法) (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、あるいはジェノタイプ1 セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 3. 血液検査(検査日: 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 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日) 内容: 画像診断 ・ 肝生検 ・ その他 () 所見:			
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)			
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治ゆ後) 2. なし			
治療内容	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. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください)() 治療予定期間 _____ 週 (年 月 ~ 年 月)			
治療上の問題点				
記載年月日	年 月 日	この診断書の記載には、次のいずれかの資格が必要です。 <input type="checkbox"/> 欄にチェックを入れ、該当する番号を記入してください。		
医療機関名及び所在地	<input type="checkbox"/> 兵庫県の登録医である [登録番号 _____]			
電話番号() -	<input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である [専門医番号 _____]			
電子メールアドレス				
医師氏名				

(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. 記入漏れがある場合は、認定できないことがあるのでご注意ください。
 3. 肝がんの合併があり、治療中の場合は認定できません。
 4. インターフェロンの少量長期投与など、ウイルスの除去を目的としない治療は助成の対象となりません。

肝炎治療受給者証(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	ひょうご たろう	性別	生年月日(年齢)
	兵庫太郎	男・女	昭和〇〇年〇月〇日生(満〇〇歳)
住 所	郵便番号 650-0876 神戸市中央区下山手通		
診断年月	平成21年 1月	前医(あれば)	〇薬剤名記載漏れ注意
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 checked="" 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歴 <input checked="" type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名：〇〇〇〇) <input checked="" 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	<p>今回の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 (1) HBs抗原(+・-) (検査日： 年 月 日) (2) HBe抗原(+・-) HBe抗体(+・-) (検査日： 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位： 、測定法) (検査日： 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日： 令和4年 5月10日) (1) HCV-RNA定量 測定値 5.7 (単位：Log IU、測定法：リアルタイムPCR) (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あるいはジェノタイプ1 セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>3. 血液検査(検査日： 令和4年 5月10日) AST 2.0 IU/l (施設の基準値： 1.3 ~ 3.3) ALT 2.5 IU/l (施設の基準値： 6 ~ 2.7) 血小板数 23.8万 /μl (施設の基準値： 13万 ~ 35万)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日： 令和4年 5月10日) 内容： 画像診断 ・ 肝生検 ・ その他 () 所見： A1F1</p>		
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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)</p>		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治ゆ後) 2. なし		
治療内容	<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 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. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください)</p> <p>治療予定期間 48週 (令和4年 6月 ~ 令和5年 5月)</p>		
治療上の問題点	〇治療予定期間記載もれ注意		
記載年月日	令和4年 5月 31日		
医療機関名及び所在地	神戸市中央区〇〇町××番地 〇〇〇〇市民病院 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 電子メールアドレス ×××××@×××.jp 医師氏名 〇〇〇〇		
	<p>この診断書の記載には、次のいずれかの資格が必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 欄にチェックを入れ、該当する番号を記入してください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 兵庫県の登録医である [登録番号 ×××××]</p> <p><input type="checkbox"/> 一般社団法人 [専門医番号]</p>		

○要件を確認し、該当する項目に、必ずチェックしてください
〇薬剤名記載漏れ注意

○検査日、単位、測定法記載もれ注意

○検査日、施設の基準値記載もれ注意

○検査日、所見記載もれ注意

○「1. あり(治療中)」の場合、助成対象外のため認定できません

○診断名に対し、保険適用外の治療内容が選択されている場合、助成対象外のため認定できません。
例) 代償性肝硬変(C型)の場合
→ 「α製剤単独」「β製剤単独」「ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤」以外はすべて保険適用外

○治療予定期間記載もれ注意

この診断書の記載には、次のいずれかの資格が必要です。
 欄にチェックを入れ、該当する番号を記入してください。

○要件を確認し、該当する場合は、チェック欄及び番号の記載が必要

○記載年月日 記載もれ注意 (直近3ヶ月以内)

(注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か
2. 記入漏れがある場合は、認定できないことがあ
3. 肝がんの合併があり、治療中の場合は認定できません。
4. インターフェロンの少量長期投与など、ウイルスの除去を目的としない治療は助成の対象となりません。

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)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	郵便番号		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 ○承認されるためには右欄の要件に該当することが必要です	<p>該当する項目にチェックを入れてください。</p> <p>1 B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><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た。</p> <p><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</p> <p>(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</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しないことを確認した</p> <p>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</p> <p>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週投与を行った</p> <p>(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</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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</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 ○HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(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。 ○1.及び2.は診療上必要なものを測定し記入してください。 ○3.は施設の基準値を含めて必ず記入してください	<p>今回の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</p> <p>(1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. 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 測定値 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む)</p> <p>セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>3. 血液検査(検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日)</p> <p>内容: 画像診断 ・ 肝生検 ・ その他 ()</p> <p>所見:</p>			
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3. 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>肝がん 1. あり(治療中・治ゆ後) 2. なし</p>			
治療内容 ○治療予定期間(○週)、開始年月、終了年月も必ず記入してください	<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</p> <p>2. インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤</p> <p>6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7. その他(具体的に記載してください:)</p> <p>治療予定期間 _____ 週 (年 月 ~ 年 月)</p>			
治療上の問題点				
記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 電話番号() - 電子メールアドレス 医師氏名	<p>この診断書の記載には、次のいずれかの資格が必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 欄にチェックを入れ、該当する番号を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 兵庫県の登録医である [登録番号 _____]</p> <p><input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である [専門医番号 _____]</p>			

(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. 記入漏れがある場合は、認定できないことがあるのでご注意ください。
 3. 肝がんの合併があり、治療中の場合は認定できません。また、インターフェロンの少量長期投与等、ウイルスの除去を目的としない治療は助成の対象外です。

○欄外の注意事項をご確認のうえ記載してください

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)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	ひょうご たろう 兵庫 太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日(年齢) 昭和〇〇年〇月〇日生(満〇〇歳)
○明確でない場合は「〇〇年頃」と記載		番号 650-0876 神戸市中央区下山手通5-x-x-x 電話番号(078)xxx-xxxx	
診断年月	平成21年1月	前医(あれば記載)	医療機関名 〇〇市民病院 医師名 〇〇〇〇
過去の治療歴 ○承認されるためには右欄の要件に該当することが必要です	<p>該当する項目にチェックを入れてください。</p> <p>1 B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><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た。 <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</p> <p>(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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しないことを確認した</p> <p>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</p> <p>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週投与を行った</p> <p>(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</p> <p><input checked="" 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: 〇〇〇〇) <input checked="" 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 ○HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(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。 ○1.及び2.は診療上必要なものを測定し記入してください。 ○3.は施設の基準値を含めて必ず記入してください	<p>今回の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</p> <p>(1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 令和4年5月10日)</p> <p>(1) HCV-RNA 定量 測定値 5.7 (単位: Log IU、測定法: リアルタイムPCR) (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、あるいはジェノタイプ1 セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 令和4年5月10日)</p> <p>AST 20 IU/l (施設の基準値: 13 ~ 33) ALT 25 IU/l (施設の基準値: 6 ~ 27) 血小板数 23.8万 /μl (施設の基準値: 13万 ~ 35万)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 令和4年5月10日) 内容: 画像診断 ・肝生検 ・その他 () 所見: A1F1</p>		
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) <input checked="" type="radio"/> 2. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) <input type="radio"/> 3. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)</p>		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治ゆ後) <input checked="" type="radio"/> 2. なし		
治療内容 ○治療予定期間(○週)、開始年月、終了年月も必ず記入してください	<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 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. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 <input checked="" type="radio"/> 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください)</p> <p>治療予定期間 48 週 (令和4年6月 ~ 令和5年5月)</p>		
治療上の問題点			
記載年月日 令和4年5月31日 医療機関名及び所在地 神戸市中央区〇〇町××番地 〇〇〇〇市民病院 電話番号(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇 電子メールアドレス ×××××@×××.jp 医師氏名 〇〇〇〇	<p>この診断書の記載には、次のいずれか○欄にチェックを入れ、該当する番号</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 兵庫県の登録医である [登録番号 ××××]</p> <p><input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である</p> <p>○記載年月日 記載もれ注意(直近3ヶ月以内)</p>		

○要件を確認し、該当している場合は、必ずチェックしてください。
○薬剤名記載漏れ注意

○検査日、単位、測定法 記載もれ注意

○検査日、施設の基準値 記載もれ注意

○検査日、所見 記載もれ注意

○「1. あり(治療中)」の場合、助成対象外のため認定できません

○診断名に対し、保険適用外の治療内容が選択されている場合、助成対象外のため認定できません。

例) 代償性肝硬変(C型)の場合
→「α製剤単独」「β製剤単独」「ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤」以外はすべて保険適用外

○治療予定期間記載もれ注意

○要件を確認し、該当する場合は、チェック欄及び番号の記載が必要

(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. 記入漏れがある場合は、認定できないことがあるのでご注意ください。
3. 肝がんの合併があり、治療中の場合は認定できません。また、インターフェロンの少量長期投与等、ウイルスの除去を目的としない治療は助成の対象外です。

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書 (3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	郵便番号		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 ○承認されるためには右欄の要件に該当することが必要です	<p>該当する項目にチェックを入れてください。</p> <p><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。</p>			
検査所見 ○HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(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。 ○1.及び2.は診療上必要なものを測定し記入してください。 ○3.は施設の基準値を含めて必ず記入してください	<p>今回の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 (1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 _____(単位: _____、測定法 _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>2. 血液検査(検査日: 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 _____ /μl (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日) 内容: 画像診断 ・ 肝生検 ・ その他 () 所見:</p>			
診断	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)</p>			
肝がんの合併	<p>肝がん 1. あり(治療中・治癒後) 2. なし</p>			
治療内容 ○治療予定期間(○週)、開始年月、終了年月も必ず記入してください	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. ペグインターフェロン製剤単独 2. その他(具体的に記載してください: _____)</p> <p>治療予定期間 _____ 週 (年 月 ~ 年 月)</p>			
治療上の問題点				
記載年月日 医療機関名及び所在地 電話番号() - 電子メールアドレス 医師氏名	<p>この診断書の記載には、次のいずれかの資格が必要です。 □欄にチェックを入れ、該当する番号を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 兵庫県の登録医である [登録番号 _____]</p> <p><input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である [専門医番号 _____]</p>			

(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. 記入漏れがある場合は、認定できないことがあるのでご注意ください。
 3. 肝がんの合併があり、治療中の場合は認定できません。また、インターフェロンの少量長期投与等、ウイルスの除去を目的としない治療は助成の対象外です。

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書 (3回目の制度利用)

ふりがな	ひょうご たろう	性別	生年月日(年齢)
○明確でない場合は「〇〇年頃」と記載	兵庫 太郎	男・女	昭和〇〇年〇月〇日生(満〇〇歳)
	変更番号 650-0876 神戸市中央区下山手通5-×-×		電話番号 (078) ×××-××××
診断年月	平成21年1月	前医(あれば記載)	医療機関名 〇〇市民病院 医師名 〇〇〇
過去の治療歴	該当する項目にチェックを入れてください。 <input checked="" 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。 ○要件を確認し、該当している場合は、必ずチェックしてください。		
検査所見	今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。 ○検査日、単位、測定法 記載もれ注意 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs 抗原 (○-・-) (検査日: 令和4年5月10日) (2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (検査日: 令和4年5月10日) (3) HBV-DNA 定量 5.7 (単位: Log IU、測定法: リアルタイムPCR) (検査日: 令和4年5月10日) 2. 血液検査 (検査日: 令和4年5月10日) AST 2.0 IU/l (施設の基準値: 1.3 ~ 3.3) ALT 2.5 IU/l (施設の基準値: 6 ~ 2.7) 血小板数 23.8万 /μl (施設の基準値: 13万 ~ 35万) ○検査日、施設の基準値 記載もれ注意 3. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 令和4年5月10日) 内容: 画像診断 ・ 肝生検 ・ その他 () 所見: A1F1 ○検査日、所見 記載もれ注意		
診断	該当する項目にチェックする。 <input checked="" type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) ○「1. あり(治療中)」の場合、助成対象外のため認定できません		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治ゆ後) 2. なし		
治療内容	該当番号を○で囲む。 ○治療予定期間(○週)、開始年月、終了年月も必ず記入してください ○3回目の制度利用の場合、B型慢性活動性肝炎に対するペグインターフェロン製剤による治療が助成対象 ① ペグインターフェロン製剤単独 2. その他(具体的に記載してください) 治療予定期間 4.8 週 (令和4年6月 ~ 令和5年5月) ○治療予定期間記載もれ注意		
治療上の問題点	○記載年月日 記載もれ注意(直近3ヶ月以内)		
記載年月日	令和4年5月31日 この診断書の記載には、次のいずれかの資格が必要です。 ○要件を確認し、該当する場合は、チェック欄及び番号の記載が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 兵庫県の登録医である [登録番号 ××××] <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である [専門医番号] ○記載年月日 記載もれ注意(直近3ヶ月以内)		
医療機関名及び所在地	神戸市中央区〇〇町××番地 〇〇〇〇市民病院 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電子メールアドレス ×××××@×××.jp 医師氏名 〇 〇 〇 〇		

(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. 記入漏れがある場合は、認定できないことがあるのでご注意ください。
 3. 肝がんの合併があり、治療中の場合は認定できません。また、インターフェロンの少量長期投与等、ウイルスの除去を目的としない治療は助成の対象外です。

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)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	郵便番号			
	電話番号() -			
診断年月	前 医 (あれば記載する)		医療機関名	
	年 月		医師名	
現在の治療	該当番号を○で囲む。現在の核酸アナログ製剤治療の有無			1.あり 2.なし
	ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要			1.あり 2.なし
検査所見	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (不明の場合は確認できる最も古いデータを記載)		直近のデータ (治療開始後3ヶ月以内の者は記載不要)	
	○2. は施設の 基準値を含 めて必ず記 入してくだ さい	1. B型肝炎ウイ ルスマーカー (1) HBs 抗原 (+ ・ -) 抗原価 (; 測定法) HBe 抗原 (+ ・ -) 抗原価 (; 測定法) HBe 抗体 (+ ・ -) 抗体価 (; 測定法)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)
○3. は特記す べき所見が あれば具体 的に記入し てください	(2) HBV-DNA 定量 _____ (単位: 、測定法)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	
	2. 血液検査 AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: ~ ~)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	
	3. 画像診断及 び肝生検な どの所見	(検査日: 年 月 日) 画像診断・肝生検・その他 () 所見:	(検査日: 年 月 日) 画像診断・肝生検・その他 () 所見:	
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. 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)			
肝がんの合併	肝がん 1. あり (治療中・治癒後) 2. なし			
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他(具体的に記載してください) (治療開始日(予定を含む) 年 月 日)			
治療上の 問題点				
記載年月日	年 月 日			
医療機関名及び所在地				
電話番号() -				
電子メールアドレス				
医師氏名				

この診断書の記載には、次のいずれかの資格が必要です。
□欄にチェックを入れ、該当する番号を記入してください。

兵庫県の登録医である

[登録番号 _____]

一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である

[専門医番号 _____]

- (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3か月以内(ただし、核酸アナログ製剤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. 治療開始前のデータが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲の最も古いデータを記載してください。
4. 記入漏れがある場合は、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(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)

ふりがな 患者氏名	ひょうご たろう		性別	生年月日(年齢)	
	兵庫太郎		男・女	昭和〇〇年〇月〇日生(満〇〇歳)	
住所	郵便番号 650-0876		電話番号 (078) 341-xxxx		
〇明確でない場合は「〇〇年頃」と記載		神戸市中央区下山手通5-xx-x			
診断年月	平成 21年 1月	前医 (あれば記載する)	医療機関名	〇〇市民病院	
〇現在の治療の有無、継続治療の必要性を記載					
現在の治療	該当番号を○で囲む。現在の核酸アナログ製剤治療の有無		1. あり 2. なし		
ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要		1. あり 2. なし			
検査所見	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (不明の場合は確認できる最も古いデータを記載)		直近のデータ (治療開始後3ヶ月以内の者は記載不要)		
	〇2. は施設の基準値を含めて必ず記入してください 〇3. は特記すべき所見があれば具体的に記入してください	1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs 抗原 (検査日: 平成29年3月10日) (検査日: 令和4年5月10日) (+)・(-) 抗原価(×××; 測定法 ××××) (検査日: 令和4年5月10日) (+)・(-) 抗原価(×××; 測定法 ××××) (検査日: 令和4年5月10日) (+)・(-) 抗体価(×××; 測定法 ××××) (検査日: 令和4年5月10日) (2) HBV-DNA 定量 (検査日: 平成29年3月10日) (検査日: 令和4年5月10日) 6.5 (単位: Log ₁₀ copies/ml、測定法: リアルタイムPCR) 6.5 (単位: Log ₁₀ copies/ml、測定法: リアルタイムPCR) 2. 血液検査 (検査日: 平成29年3月10日) (検査日: 令和4年5月10日) AST 20 IU/l (施設の基準値: 13 ~ 33) 20 IU/l ALT 25 IU/l (施設の基準値: 6 ~ 27) 25 IU/l 血小板数 23.8万/μl (施設の基準値: 13万 ~ 35万) 23.8万/μl 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成29年3月10日) (検査日: 令和4年5月10日) 画像診断・肝生検・その他 () 画像診断・肝生検・その他 () 所見: A1F1 所見: A1F1		〇検査日、単位、測定法、所見記載もれ注意 (特にウイルス量の記載漏れが多いので注意)	
診断	該当番号を○で囲む。		〇要件を確認し、該当する場合は、チェック欄及び番号の記載が必要		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治ゆ後) 2. なし		〇肝がんとの合併の有無・治療開始日記載もれ注意		
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) ① エンテカビル ② ラミブジン ③ アデホビル ④ テノホビル ⑤ その他(具体的に記載してください) (治療開始日(予定を含む) 令和4年6月1日)				
治療上の問題点					
記載年月日	令和4年5月31日				
医療機関名及び所在地	神戸市中央区〇〇町××番地 〇〇〇〇市民病院 電話番号(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇 電子メールアドレス xxxxxx@xxxx.jp 医師氏名 〇〇〇〇				
この診断書の記載には、次のいずれかの資格が必要です。		〇記載年月日 記載もれ注意(直近3ヶ月以内)			
□欄にチェックを入れ、該当する番号を記入してください。		<input checked="" type="checkbox"/> 兵庫県の登録医である [登録番号 xxxxx]			
□ 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である		[専門医番号]			

(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3か月以内(ただし、核酸アナログ製剤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. 治療開始前のデータが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲の最も古いデータを記載してください。
 4. 記入漏れがある場合は、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)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	郵便番号																																								
	電話番号() -																																								
診断年月	年 月	前 医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名																																						
	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。 (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. 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) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:)																																								
過去の治療歴																																									
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 測定値 _____ (単位: _____、測定法 _____) (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、あるいはジェノタイプ1 セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載:)																																								
	○検査所見は、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。 ○2. は施設の基準 値を含めて必ず記 入してください	2. 血液検査(検査日: 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 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 3. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日) 内容: 画像診断 ・ 肝生検 ・ その他 () 所見: 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類(検査日: 年 月 日) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td>/</td> <td>/</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/>昏睡(III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td>/</td> <td>/</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽度</td> <td><input type="checkbox"/>中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>3.5超</td> <td><input type="checkbox"/>2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/>2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>70超</td> <td><input type="checkbox"/>40~70</td> <td><input type="checkbox"/>40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/>2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/>3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: _____ 点 Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む。)						結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症	/	/	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)	腹水	/	/	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値(g/dL)			<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間(%)			<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値(mg/dL)			<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0
	結果	施設基準値	1点	2点	3点																																				
肝性脳症	/	/	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)																																				
腹水	/	/	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																				
アルブミン値(g/dL)			<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																																				
プロトロンビン時間(%)			<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																																				
総ビリルビン値(mg/dL)			<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																																				
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 3. 非代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)※Child-Pugh分類B及びCに限る																																								
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治ゆ後) 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 (年 月 ~ 年 月)																																								
治療上の問題点																																									
記載年月日	年 月 日	この診断書の記載には、次のいずれかの資格が必要です。 <input type="checkbox"/> 欄にチェックを入れ、該当する番号を記入してください。 ※ソホスブビル/ベルパタスビル配合剤による非代償性肝硬変の 治療については一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医に限っ て診断書の記載を可能とする。																																							
医療機関名及び所在地																																									
電話番号() 電子メールアドレス	<input type="checkbox"/> 兵庫県の登録医である [登録番号 _____] <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である [専門医番号 _____]																																								
医師氏名																																									

(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. 記入漏れがある場合は、認定できないことがあるのでご注意ください。
 3. 肝がんの合併があり、治療中の場合は認定できません。

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	ひょうご たろう 兵庫太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	生年月日(年齢) 昭和〇〇年〇月〇日生(満〇〇歳)
〇明確でない場合は「〇〇年頃」と記載	〒650-0876 神戸市中央区下山手通5-×-×	前医 (あれば記載する)	医療機関名〇〇市民病 医師名〇〇〇
診断年月	平成21年1月	〇該当するものに、必ずチェックしてください 〇薬剤名記載漏れ注意	
過去の治療歴	該当する場合、チェックする。 <input checked="" 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〇で囲む) 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. 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: 〇〇〇〇) エ. 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)	〇検査日、単位、測定法記載もれ注意	
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: 令和4年5月10日) (1) HCV-RNA 定量 測定値 <u>5.7</u> (単位: Log IU、測定法: リアルタイムPCR) (2) ウイルス型(該当する項目を〇で囲む) <u>セロタイプ(グループ)1</u> あるいはジェノタイプ1 セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載) 2. 血液検査(検査日: 令和4年5月10日) AST <u>20</u> IU/l (施設の基準値: <u>13 ~ 33</u>) ALT <u>25</u> IU/l (施設の基準値: <u>6 ~ 27</u>) 血小板数 <u>23.8万</u> /μl (施設の基準値: <u>13万 ~ 35万</u>) 3. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 令和4年5月10日) 内容: 画像診断・ <u>肝生検</u> ・その他() 所見: <u>A1F1</u> 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類(検査日: 令和4年5月10日)	〇検査日、施設の基準値記載もれ注意 〇検査日、所見記載もれ注意 〇検査日、結果、施設の基準値記載もれ注意	
〇検査所見は、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) 〇2. は施設の基準値を含めて必ず記	Child-Pugh 分類の記載必須		
〇診断: いずれか選択 〇肝硬変症の場合	結果 施設基準値 1点 2点 3点 肝性脳症 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度(I・II) <input type="checkbox"/> 昏睡(III以上) 腹水 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度以上 総ビリルビン値(g/dL) <u>3.2</u> <u>4.1~5.1</u> <input type="checkbox"/> 3.5超 <input checked="" type="checkbox"/> 2.8~3.5 <input type="checkbox"/> 2.8未満 プロトロンビン時間(%) <u>95.1</u> <u>70~120</u> <input checked="" type="checkbox"/> 70超 <input type="checkbox"/> 40~70 <input type="checkbox"/> 40未満 総ビリルビン値(mg/dL) <u>0.5</u> <u>0.2~1.2</u> <input checked="" type="checkbox"/> 2.0未満 <input type="checkbox"/> 2.0~3.0 合計: <u>6</u> 点 Child-Pugh 分類 <u>A</u> B=C (該当する)	〇該当するものに、必ずチェックしてください 〇合計、分類、記載漏れ注意	
診断 〇非代償性肝硬変に対する治療はソホスブビル/ペルパタスビル配合剤による治療のみ助成対象	該当番号を〇で囲む。 1. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) <u>2.</u> 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 3. 非代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)※Child-Pugh分類B及びC		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治ゆ後) <u>2.</u> なし	〇「1. あり(治療中)」の場合、認定基準を満たさないため認定できません	
治療内容 ※ 開始・終了年月を必ず記入してください。	インターフェロンフリー治療 (薬剤名: 〇〇〇〇) 治療予定期間 <u>12</u> 週 (令和4年7月 ~ 令和4年10月)	〇薬剤名、治療予定期間記載もれ注意	
治療上の問題点			
記載年月日	令和4年5月10日	この診断書の記載には、次の <input type="checkbox"/> 欄にチェックを入れ、該当 ※ソホスブビル/ペルパタスビル配合剤による非代償性肝硬変の治療については一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医に限って診断書の記載を可能とする。 <input type="checkbox"/> 兵庫県の登録医である [登録番号 _____] <input checked="" type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である [専門医番号 <u>XXXX</u>]	
医療機関名及び所在地	神戸市中央区〇〇町××番地 〇〇〇〇市民病院	〇要件を確認し、該当する場合は、チェック欄及び番号の記載が必要	
電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇	電子メールアドレス <u>xxxxxx@xxxx.jp</u>		
医師氏名	〇〇〇〇		
〇記載年月日 記載もれ注意(直近3ヶ月以内)	2. 記入漏れがある場合は、認定できないことがあるのでご注意ください。 3. 肝がんの合併があり、治療中の場合は認定できません。		

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		年 月 日生(満 歳)																																						
住 所	郵便番号																																								
	電話番号() -																																								
診断年月	年 月	前 医 (あれば記載する)	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。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>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あり。</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:)</p> <p>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:)</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:) (中止・再燃・無効)</p>																																								
検査所見	<p>今回の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 測定値 (単位: 、測定法)</p> <p>(2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む)</p> <p>セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載:)</p> <p>2. 血液検査(検査日: 年 月 日)</p> <p>AST IU/l (施設の基準値: ~)</p> <p>ALT IU/l (施設の基準値: ~)</p> <p>血小板数 /μl (施設の基準値: ~)</p> <p>その他の血液検査所見(必要に応じて記載)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日)</p> <p>内容: 画像診断・肝生検・その他 ()</p> <p>所見:</p> <p>4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類(検査日: 年 月 日)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/>昏睡(Ⅲ以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽度</td> <td><input type="checkbox"/>中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>3.5超</td> <td><input type="checkbox"/>2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/>2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>70超</td> <td><input type="checkbox"/>40~70</td> <td><input type="checkbox"/>40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/>2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/>3.0超</td> </tr> </tbody> </table> <p>合計: 点 Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む。)</p> <p>○検査所見は、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。)</p> <p>○2. は施設の基準値を含めて必ず記入してください</p>						結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値(g/dL)			<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間(%)			<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値(mg/dL)			<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超
	結果	施設基準値	1点	2点	3点																																				
肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)																																				
腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																				
アルブミン値(g/dL)			<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																																				
プロトロンビン時間(%)			<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																																				
総ビリルビン値(mg/dL)			<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																																				
診 断	<p>○非代償性肝硬変に対する治療はソホスブビル/ベルパタスビル配合剤による治療のみ助成対象</p> <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)※Child-Pugh分類Aに限る。</p> <p>3. 非代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)※Child-Pugh分類B及びCに限る</p>																																								
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治ゆ後) 2. なし																																								
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療</p> <p>(薬剤名:)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p> <p>※ 開始・終了年月を必ず記入してください。</p>																																								
本診断書を作成する医師	<p>インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下にチェックがない場合は助成対象となりません。</p> <p><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</p>																																								
治療上の問題点																																									
上記のとおり、インターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。	記載年月日 年 月 日		この診断書の記載には、次の資格が必要です。																																						
医療機関名及び所在地	電話番号() -		<input type="checkbox"/> 欄にチェックを入れ、該当する番号を記入してください。																																						
電子メールアドレス	電子メールアドレス		<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認定肝臓専門医である																																						
医師氏名	医師氏名		[専門医番号]																																						

(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. 記入漏れがある場合は、認定できないことがあるのでご注意ください。
 3. 肝がんの合併があり、治療中の場合は認定できません。

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 ○明確でない場合は「〇〇年頃」と記載	ひょうご たろう 兵庫太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日(年齢) 昭和 33 年 3 月 3 日生(満 61 歳)																																										
診断年月	平成 21 年 1 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 <input checked="" type="radio"/> 〇〇市民 医師名 <input checked="" type="radio"/> 〇〇〇 ○該当するものに、必ずチェックしてください ○薬剤名記載漏れ注意																																										
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療 3. 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あり。 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:) 4. インターフェロンフリー治療歴 <input checked="" type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: 〇〇〇〇) (中止・再燃 <input checked="" type="radio"/> 無効)																																												
検査所見 ○検査所見は、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。 ○2. は施設の基準値を含めて必ず記入してください	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: 令和2年5月10日) (1) HCV-RNA 定量 測定値 5.7 (単位: Log IU 、測定法: リアルタイム) (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 、あるいはジェノタイプ1 セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載) 2. 血液検査(検査日: 令和2年5月10日) AST 20 IU/l (施設の基準値: 13 ~ 33) ALT 25 IU/l (施設の基準値: 6 ~ 27) 血小板数 23.8万 /μl (施設の基準値: 13万 ~ 35万) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) 3. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 令和2年5月10日) 内容: 画像診断 肝生検 ・その他() 所見: A1F1 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類(検査日: 令和2年5月10日)																																												
○診断: いずれか選択 ○肝硬変症の場合 Child-Pugh 分類の記載必須	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/>昏睡(III以上)</td> </tr> <tr> <td>水</td> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽度</td> <td><input type="checkbox"/>中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td>3.2</td> <td>4.1~5.1</td> <td><input type="checkbox"/>3.5超</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/>2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td>95.1</td> <td>70~120</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>70超</td> <td><input type="checkbox"/>40~70</td> <td><input type="checkbox"/>40未満</td> </tr> <tr> <td>ビリルビン値(mg/dL)</td> <td>0.5</td> <td>0.2~1.2</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/>2.0~3.0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td colspan="2"></td> <td>6点</td> <td colspan="2">Child-Pugh 分類 A・B・C (該当)</td> </tr> </tbody> </table>				結果	施設基準値	1点	2点		性脳症			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)	水			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値(g/dL)	3.2	4.1~5.1	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input checked="" type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間(%)	95.1	70~120	<input checked="" type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	ビリルビン値(mg/dL)	0.5	0.2~1.2	<input checked="" type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0		合計			6 点	Child-Pugh 分類 A ・B・C (該当)	
	結果	施設基準値	1点	2点																																									
性脳症			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)																																								
水			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																								
アルブミン値(g/dL)	3.2	4.1~5.1	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input checked="" type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																																								
プロトロンビン時間(%)	95.1	70~120	<input checked="" type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																																								
ビリルビン値(mg/dL)	0.5	0.2~1.2	<input checked="" type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0																																									
合計			6 点	Child-Pugh 分類 A ・B・C (該当)																																									
診断 ○非代償性肝硬変に対する治療はソホスブビル/ペルバタスビル配合剤による治療のみ助成対象	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 3. 非代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)※Child-Pugh分類B及びC ○検査日、単位、測定法 記載もれ注意 ○検査日、施設の基準値 記載もれ注意 ○検査日、所見 記載もれ注意 ○検査日、結果、施設の基準値 記載もれ注意 ○該当するものに、必ずチェックしてください ○合計、分類、記載漏れ注意																																												
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治ゆ後) 2. なし ○「1. あり(治療中)」の場合、認定基準を満たさないため認定できません																																												
治療内容 ※ 開始・終了年月を必ず記入してください。	インターフェロンフリー治療 (薬剤名: 〇〇〇〇) 治療予定期間 12 週 (令和2年 7 月 ~ 令和2年 10 月) ○薬剤名、治療予定期間記載もれ注意																																												
本診断書を作成する医師	<input checked="" 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																																												
治療上の問題点																																													
上記のとおり、インターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。 記載年月日 令和2年5月31日 医療機関名及び所在地 神戸市中央区〇〇町××番地 〇〇〇〇市民病院 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 電子メールアドレス ×××××@×××.jp 医師氏名 〇〇〇〇	この診断書の記載には、次の資格が必要です。 <input type="checkbox"/> 欄にチェックを入れ、該当する番号を記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会認定肝臓専門医である [専門医番号 ××××] ○要件を確認し、該当する場合は、チェック欄及び番号の記載が必要																																												
○記載年月日 記載もれ注意(直近3ヶ月以内)です。ご注意ください。																																													

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の更新申請に係る意見書 (更新)

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	郵便番号			
	電話番号 () -			
診断年月	前 医 (あれば記載する)		医療機関名	
	年 月		医師名	
検査所見 ○2. は施設の基準値を含めて必ず記入してください ○3. は特記すべき所見があれば具体的に記入してください	前回申請時のデータ		直近の認定・更新時以降のデータ	
	1. B型肝炎ウイルスマーカー	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	
	(1) HBs 抗原	(+・-) 抗原価 (;測定法)	(+・-) 抗原価 (;測定法)	
	HBe 抗原	(+・-) 抗原価 (;測定法)	(+・-) 抗原価 (;測定法)	
HBe 抗体	(+・-) 抗体価 (;測定法)	(+・-) 抗体価 (;測定法)		
(2) HBV-DNA 定量	_____ (単位: 、測定法)	_____ (単位: 、測定法)		
2. 血液検査	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)		
AST	_____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)	_____ IU/l		
ALT	_____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)	_____ IU/l		
血小板数	_____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)	_____ /μl		
3. 画像診断及び肝生検などの所見	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)		
	画像診断・肝生検・その他 ()	画像診断・肝生検・その他 ()		
	所見:	所見:		
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. 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)			
肝がんの合併	肝がん 1. あり (治療中・治癒後) 2. なし			
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他(具体的に記載してください) ()			
治療薬剤の変更	該当する方を○で囲む 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし ありの場合→変更前薬剤 () 変更日 (年 月 日)			
治療上の問題点				
上記のとおり、 B型慢性肝炎患者に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。 記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 電話番号 () - 電子メールアドレス 医師氏名 _____		この診断書の記載には、次のいずれかの資格が必要です。 <input type="checkbox"/> 欄にチェックを入れ、該当する番号を記入してください。 <input type="checkbox"/> 兵庫県の登録医である [登録番号 _____] <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である [専門医番号 _____]		

(注) 1. 前回申請時のデータが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内の最も古いデータを記載してください。
 2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日の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。
 3. 記入漏れがある場合は、認定できないことがあるのでご注意ください。

市町民税（所得割）にかかる非課税申出書

兵庫県知事 様

申請者と同一世帯に属する者のうち、下記（A）については、（B）の被扶養者であり、かつ、_____年度の市町民税（所得割）が非課税であるため、市町民税非課税証明書の提出を省略します。

(A) 被扶養者氏名	(B) 扶養者氏名
①	
②	
③	
④	
⑤	

年 月 日

申出者氏名（自署）_____

※世帯の市町民税(所得割)額が235,000円以上の方で、
年少扶養者等がいる場合のみ提出してください。

市町民税(所得割)にかかる年少扶養者等の申出書

兵庫県知事 様

申請者 _____ 又は申請者と同一世帯に属する者が、税制上で0～15歳又は16～18歳の者を扶養していることを次のとおり申し出ます(年齢は所得証明年の12月31日時点)。

氏名	続柄	年齢※	氏名	続柄	年齢※
①			③		
②			④		

※年齢は、市町村民税課税証明書の証明年度の前年度12月31日現在の年齢を記載してください。

年 月 日

申出者氏名(自署) _____

《保健所使用欄》

想定市町民税(所得割)額計算シート

貼付欄

【兵庫県肝炎治療特別促進事業】

※世帯の市町民税（所得割）額が 235,000 円以上の方で、
合算対象除外の要件を満たす方がいる場合のみ提出
してください。

市町民税額合算対象除外希望申請書

兵庫県知事 様

下記の者については、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民
税（所得割）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）

①

②

③

年 月 日

住 所

電 話 番 号 ()

電子メールアドレス

フリガナ

申請者氏名（自署）