

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱

第1 目的

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、このインターフェロン治療については月額の治療費が高額になること、また、核酸アナログ製剤治療については長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、このインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、ひいては国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。

第2 実施主体

実施主体は、県とする。

第3 対象医療

この事業の対象となる医療は、次の定めによる手続により認定されたB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎の根治を目的として行うインターフェロン治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療で、保険適用となっているものとする。

当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等を助成の対象とし、当該治療と無関係な治療は、助成の対象としない。

第4 対象者

対象者は、次の要件を満たす者とする。ただし、他の法令等の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われる者を除く。

(1) 県内に住所を有する者

(2) 第3に定める対象医療を必要とする患者であって、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、保険医療機関等（健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）において当該疾患に関する医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けている者

第5 受給期間

受給期間は、原則として患者一人について1年を限度とする。ただし、例外的に期間

の延長が必要となるインターフェロン治療については、知事が別に定めるものとし、核酸アナログ製剤治療については、医師が治療継続が必要と認める場合は、更新を認める。

第6 受給の申請

第3の規定により医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、（1）のいずれかの書類及び（2）のいずれかの書類並びに（3）から（5）までに掲げる関係書類を添付して知事に申請しなければならない。

- （1）別記第1号様式から別記第1号様式の4までによる肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書又は肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書
- （2）第3に定める対象医療を適切に行うことができるとして知事が認めた医師の発行した別記第2号様式から別記第2号様式の4までによる診断書（以下「診断書」という。）
- （3）申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し
- （4）申請者及び申請者と同一世帯に属する全員の記載のある住民票の写し
- （5）（4）の全員の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し。ただし、知事が別に定める要件に該当し、その適用を受けようとする場合は、別記第1号様式の5による市町村民税額合算対象除外希望申立書を提出しなければならない。

第7 診断書記載医師の認定

知事は、別記第2号様式から別記第2号様式の4までによる診断書を作成する医師を認定する。

なお、手続については、別添2に定める。

第8 治療医療機関の認定

知事は、第3に定める対象医療を適切に行うことができると認められる医療機関を治療医療機関として認定する。

なお、手続については、別添2に定める。

第9 受給の決定

- 1 知事は、第6に規定する書類（以下「申請書等」という。）を受理したときは、高知県感染症対策協議会肝炎対策部会の審査を経て知事が別に定める対象患者の認定基準（以下「認定基準」という。）により適正にこの事業の対象者（以下「受給者」という。）とするか否かを決定する。
- 2 知事は、受給者とすることを決定したときは、申請者に対して別記第3号様式又は別記第3号様式の2により肝炎インターフェロン治療受給者証又は肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証（以下「受給者証」という。）及び肝炎自己負担限度月額管理票（別記第4号様式）（以下「管理票」という。）を交付するとともに、申請書に記載のある

保険医療機関（以下「申請医療機関」という。）に対してその旨を通知する。

- 3 知事は、受給者としなことを決定したときは、別記第5号様式による肝炎治療助成事業不承認通知書（以下「不承認通知書」という。）により申請者に通知するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。

第10 受給の始期

受給の始期は、原則として申請書等を知事が受理した日又は申請書等を受理した日の属する月以降で診断書における治療予定期間の始期の属する月の初日とする。ただし、申請書等が提出された後、やむを得ない事情のため受理までに相当の日時を要したときは、事情の継続した期間について始期を遡及することができるものとする。

第11 受給期間の延長

- 1 C型慢性肝炎セログループ1型、高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、知事が別に定める一定の条件を満たし、医師が72週の投与が必要であると判断する場合は、受給者は、別記第12号様式による肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書を有効期間が終了するおおむね2月前までに知事に届け出るものとする。ただし、少量長期療法については、対象としない。
- 2 知事は、1の規定による届出を受けたときは、それに基づき、受給者に対して6月を限度とする期間延長の受給者証及び管理票を交付するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。
- 3 副作用による休薬等、受給者に帰責性のない事由による治療休止期間があり、かつ、受給期間の延長が必要な場合には、受給者は、別記第13号様式により肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書を有効期間が終了するおおむね2月前までに知事に届け出なければならない。ただし、再治療（再投与）については、対象としない。
- 4 知事は、4の規定による届出を受けたときは、それに基づき、受給者に対して2月を限度とする期間延長の受給者証及び管理票を交付するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。

第12 受給の終了

受給者等は、治癒、死亡、県外転出、他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われることになったこと等により第4に規定する要件を欠いたときは、受給者証を添えて別記第6号様式による肝炎治療受給者証転帰届を速やかに知事に届け出なければならない。

なお、この手続は、受給者の同意の上、医療機関が代行することができるものとする。

第13 届出事項の変更

- 1 受給者は、住所、氏名、医療機関、加入している医療保険等に変更があったときは、別記第7号様式による肝炎治療受給変更届に変更内容を証明する書類（医療機関の変更の場合を除く。）を付して知事に届け出なければならない。

なお、この手続は、受給者の同意の上、医療機関が代行することができるものとする。

- 2 知事は、1の規定による届出を受けたときは、それに基づき受給者証を再交付する。ただし、加入医療保険の変更についてはこの限りでない。

第14 受給者証及び管理票の再交付

- 1 受給者は、受給者証及び管理票を著しく破損し、若しくは汚損したとき又は紛失したときは、別記第8号様式による肝炎治療受給者証・自己負担限度月額管理票再交付申請書を知事に提出しなければならない。

- 2 知事は、1の規定による申請を受けたときは、それに基づき受給者証及び管理票を再交付するものとする。

第15 県外から転入した場合の申請

- 1 他の都道府県で受給者証の交付を受けていた患者が本県に転入し、引き続き当該受給者証の交付を受けようとするときは、転入日の属する月の翌月末日までに（1）に掲げる書類に（2）及び（3）に掲げる関係書類を付して知事に提出しなければならない。

（1）別記第1号様式から別記第1号様式の3までによる肝炎治療受給者証交付申請書

（2）申請者及び申請者と同一世帯に属する全員の記載のある住民票の写し

（3）転入前に交付されていた受給者証の写し

なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入日から転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。

- 2 知事は、1に規定する申請を受理したときは、その旨を転出元の都道府県知事に伝達するものとする。

第16 助成する治療費の算出、請求及び支払

- 1 本事業の実施は、原則として第3に定める対象医療を適切に行うことができる保険医療機関等に対し、この事業に必要な費用に相当する金額（以下「助成費」という。）を交付することにより行うものとする。

- 2 助成費の額は、第3に規定する範囲の医療について、（1）に掲げる額の合計額から、別表に定める対象患者が負担する額（以下「自己負担限度額」という。）を控除した額とする。ただし、（2）及び（3）に規定する額は、受給者が負担する。

（1）医療保険各法の規定による医療又は後期高齢者医療の医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該治療に要する費用の額の合計額から、医療

保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付
に関し保険者が負担すべき額を控除した額

(2) 受給者が保険医療機関等に支払うべき額が、自己負担限度額に満たない場合は、その全額を負担すべきものとする。

(3) 高齢者の医療の確保に関する法律に規定する被保険者については、同法上の患者負担額の範囲内で、自己負担限度額を限度とする一部負担が生じるものとする。

3 知事は、この事業に係る医療の給付に関する費用審査及び支払の請求に対する審査及び支払を高知県国民健康保険団体連合会及び高知県社会保険診療報酬支払基金に委託して行う。治療を行った医療機関は、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）の規定に基づき、助成費を高知県国民健康保険団体連合会及び高知県社会保険診療報酬支払基金に対して請求する。

4 受給者が助成費に該当する費用を医療機関等に支払ったときは、受給者の支払った費用を助成費として充当し、受給者はこの費用を別記第9号様式による肝炎治療費請求書を提出し、知事に対して直接請求することができるものとする。知事は、その内容を審査の上、適正であると認めるときは受給者に対して直接支払うものとする。

第17 自己負担限度月額の管理

別表に規定する自己負担限度月額の管理は、次のとおり行う。

(1) 管理票の交付を受けた受給者は、肝炎インターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を受ける際に、受給者証とともに管理票を保険医療機関等に提示しなければならない。

(2) 管理票を提示された保険医療機関等は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が肝炎インターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療について支払った自己負担の累積額を管理票に記載しなければならない。当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載しなければならない。

なお、当該自己負担限度月額は、インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療とを併用する者の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する一人当たりの限度月額として取り扱うものとする。

(3) 受給者から、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた保険医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収してはならない。

第18 書類の経由

第6の規定により知事に提出する書類は、対象患者の住所地を管轄する福祉保健所

長（高知市にあっては、市の保健所長）を経由しなければならない。

第19 関係者の留意事項

対象患者等に与える精神的影響を考慮して、助成事業によって知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分に配慮しなければならない。

附 則

- 1 この要綱は、平成20年5月1日から施行する。

ただし、第10の規定にかかわらず、平成20年6月30日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業開始の特例として同年4月1日に遡^{さく}及して適応することができる。

附 則

- 1 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

- 2 この要綱の施行の際、第6の（5）ただし書きにある申立書を同年6月30日までに知事が受理した場合に限り、特例的に、同年4月1日まで遡^{さく}及して自己負担限度額の階層区分を変更することができる。

- 3 この要綱の施行の際、第11の規定による届出を同年6月30日までに知事が受理した場合に限り、特例的に同年3月31日から6月29日の間に到来する有効期間の満了の日の翌日に遡^{さく}及して受給期間の延長をすることができる。

- 4 この要綱の施行の際、様式3号について、平成21年4月1日から「高知県健康福祉部健康づくり課」を「高知県健康政策部健康づくり課」と読み替える。

附 則

- 1 この要綱は、平成22年5月27日から施行し、同年4月1日から適用する。

- 2 この要綱の施行の際、第10の規定にかかわらず、平成22年6月30日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として同年4月1日に遡^{さく}及して適用することができる。申請書等様式類についても、同様とする。

- 3 この要綱の施行の際、別記第3号様式については、平成22年4月1日から「高知県健康政策部健康づくり課」を「高知県健康政策部健康対策課」と読み替える。

認定基準

1 インターフェロン治療について

- (1) 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実施中の者（インターフェロン治療を行う予定の者を含む。）のうち、肝がんの合併のないもの
- (2) HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝炎及び C 型代償性肝硬変でインターフェロン治療実施中の者（インターフェロン治療を行う予定の者を含む。）のうち、肝がんの合併のないもの

※この事業において 2 回目の助成を受けることができるものは、(2) の基準を満たし、かつ、①及び②のいずれにも該当しない場合とする。

- ①前回の治療において、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前回の治療において、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 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

別添 2

1 診断書の記載医師要件

次のいずれかに該当する医師

- (1) 日本肝臓学会専門医
- (2) 日本消化器病学会専門医
- (3) インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師（インターフェロン治療診断書のみ記載）
- (4) 核酸アナログ製剤治療の診断書記載に当たって肝疾患診療連携拠点病院の指導や助言が受けられる医師（核酸アナログ製剤治療の診断書のみ記載）

なお、(1) から (4) までに該当し、新たに診断書記載医師の認定を受けようとするものは、別記第 10 号様式により肝炎治療診断書記載医師申請書を知事に提出しなければならない。知事は、申請書を受理したときは、申請医師を肝炎治療診断書記載医師とするか否かを決定する。

※平成 22 年 3 月 31 日現在、診断書記載医師と認定している医師のうち、(1) から (3) に該当する医師は、核酸アナログ製剤治療の診断書記載医師とみなす。

2 治療医療機関の要件

次のいずれかに該当する医療機関

- (1) 日本肝臓学会専門医が所属する医療機関
- (2) 日本消化器病学会専門医が所属する医療機関
- (3) インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師の所属する医療機関（インターフェロン治療のみ）
- (4) 核酸アナログ製剤治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師の所属する医療機関（核酸アナログ製剤治療のみ）

新たに治療医療機関の認定を受けようとするものは、別記第 11 号様式により肝炎治療医療機関認定申請書を知事に提出しなければならない。知事は、申請書を受理し、適切に治療が行える医療機関と認めたときは、申請医療機関と委託契約を結ばなければならない。ただし、(3) に該当する医療機関は、別記第 11 号様式の 2 により認定審査資料を知事に提出し、知事は、肝疾患診療連携拠点病院の審査を経て、肝炎インターフェロン治療認定医療機関とするか否かを決定する。

※平成 22 年 3 月 31 日現在、治療医療機関と認定している医療機関のうち、上記 2 の (1) から (3) に該当する医療機関は、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療医療機関とみなす。

別添3

一 定 の 条 件

- 1 前回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当し、48週プラス24週（トータル72週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合

- 2 1に該当しないものであり、今回の治療において、「投与開始後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（Real time PCR）で、36週までに陰性化した症例」に該当し、48週プラス24週（トータル72週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合

※ 前値：治療開始約半年前から直前までのHCV-RNA定量値

（参考）平成22年3月現在、ペグインターフェロン製剤添付文書中、重要な基本的注意において『48週を超えて投与した場合の有効性・安全性は確立していない。』旨の記載がある。

別添 4

市町村民税額合算対象除外希望申立書提出の要件

- 1 配偶者以外の者であって、受給者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者であること。
- 2 1の「相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない」とは、次のとおりとする。
 - (1) 地方税法上の扶養関係にない
： 市町村民税課税の際、受給者及び配偶者が除外対象の被扶養者とされておらず、かつ、除外対象者が受給者又はその配偶者の被扶養者とされていないこと。
 - (2) 医療保険上の扶養関係にない
： 受給者及び配偶者が控除対象者の加入する健康保険の被扶養者でなく、かつ、除外対象者が受給者又はその配偶者の加入する健康保険の被扶養者でないこと。なお、国民健康保険・長寿医療制度は、個人単位の加入であるため、その被保険者は、他の世帯員と医療保険上の扶養関係にないものとする（国民健康保険における退職被保険者及び退職被保険者の被扶養者を除く。）。
- 3 申請者は、知事の求めに応じ、1の要件を満たすことを証明する書類を提出すること。

別表（第16関係）

肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表

| 階 層 区 分 | | 自己負担限度額（月額） |
|---------|---------------------------------|-------------|
| J | 世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の場合 | 10,000円 |
| K | 世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上の場合 | 20,000円 |

別記

第1号様式 (第6関係)

| 肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書 (新規) | | | | |
|--|---|------------|-----------------|-----|
| 申請者 (患者) | 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 医療 保険 | 被保険者氏名 | 患者との 続柄 | |
| | 保険種別 | 協・組・共・国・後 | 被保険者証の 記号・番号 | |
| | 被保険者証 発行機関名 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 病名 | | | | |
| 保険医療機関 | 名称 | 所在地 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 情報提供の 同意欄 | 治療経過及び結果等の情報 (氏名、住所等個人が特定される情報を除く。) について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに○をお願いします) 同意します 同意しません | | | |
| 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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。 | | | | |
| 申請者 (患者) 氏名 | | | | 印 |
| 平成 年 月 日 | | | | 受付印 |
| 高知県知事様 | | | | |

添付書類 ①診断書 ②被保険証の写し ③世帯全員の住民票
④世帯全員の市町村民税課税証明書

| 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書 (新規) | | | | |
|--|--|------------|-----------------|------------|
| 申請者 (患者) | 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 医療 保険 | 被保険者氏名 | | 患者との 続柄 |
| 保険種別 | | 協・組・共・国・後 | 被保険者証の 記号・番号 | |
| 被保険者証 発行機関名 | | | | |
| 所在地 | | | | |
| 病名 | | | | |
| 保険医療機関 | 名称 | 所在地 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 情報提供の同意欄 | 治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除く。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに○をお願いします) | | | |
| 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、肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の新規交付を申請します。 | | | | |
| 申請者(患者) 氏名 ㊞ | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | |
| 高知県知事様 | | | | 受付印 |

添付書類 ①診断書 ②被保険証の写し ③世帯全員の住民票
④世帯全員の市町村民税課税証明書

市町村民税額合算対象除外希望申立書

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村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

| (ふりがな) 除外希望者氏名 | 申請者との続柄 |
|-------------------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

(ふりがな)
申請者氏名 _____

印

| | | | |
|--------------|--|----------------------|-----------------------------------|
| フリガナ 患者氏名 | | 性別 男・女 | 生年月日(年齢) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳) |
| 住所 | 〒 _____ 電話番号 () | | |
| 診断年月 | 昭和・平成 年 月 | 前医 (あれば記入 する。) | 医療機関名 医師名 |
| 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: 平成 年 月 日) (1) HBs抗原 (+/-) (該当する方を○で囲む。) (2) HBe抗原 (+/-) HBe抗体 (+/-) (該当する方を○で囲む。) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) 2 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: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 (該当する方を○で囲む) セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 3 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 _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____) 4 画像診断及び肝生検などの所見 (異常がない場合も、その旨を記入する。) 検査日: 平成 年 月 日 () | | |
| 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・治療終了) 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(具体的に記入してください。) 治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月) | | |
| 治療上の問題点 | 過去のインターフェロン治療 () | | |

| | |
|------------|----------------|
| 医療機関名及び所在地 | 記入年月日 平成 年 月 日 |
| 医師氏名 | 印 |

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記入日から起算して3月以内です。
- 2 記入日前6月以内(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入してください。
- 3 記入漏れのある場合は、認定することができないことがあるので、ご注意ください。

第2号様式の2(第6関係) 肝炎インターフェロン治療受給者証の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

| | | | | | |
|--------------|---|----------------------|----------------|-----------------------------------|--|
| フリガナ 患者氏名 | | | 性別 男・女 | 生年月日(年齢) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳) | |
| 住所 | 〒 _____ 電話番号 () _____ | | | | |
| 診断年月 | 昭和・平成 年 月 | 前医 (あれば記入 する。) | 医療機関名 医師名 | | |
| 前回の治療 | <input type="checkbox"/> HCV-RNA陽性者のC型慢性肝炎及び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であり、①及び②のいずれにも該当しない。 ①前回の治療において、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前回の治療において、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 | | | | |
| 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 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: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型(該当する方を○で囲む。) セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 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 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 3 画像診断及び肝生検などの所見(異常がない場合も、その旨を記入する。) 検査日:平成 年 月 日 () | | | | |
| 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・治療終了) 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(具体的に記入してください。) 治療予定期間 _____ 週(平成 年 月 ~平成 年 月) | | | | |
| 治療上の問題点 | | | | | |
| 医療機関名及び所在地 | | | 記入年月日 平成 年 月 日 | | |
| 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月以内です。
- 2 記載日前6月以内(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入してください。
- 3 記入漏れのある場合は、認定することができないことがあるので、ご注意ください。

第2号様式の3(第6関係) 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の交付申請に係る診断書(新規)

| | | | |
|--|---|---|---|
| フリガナ 患者氏名 | | 性別 男・女 | 生年月日(年齢) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳) |
| 住所 | 〒 _____ 電話番号 () _____ | | |
| 診断年月 | 昭和・平成 年 月 | 前医 (あれば記入する。) | 医療機関名 医師名 |
| 現在の治療 | 現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合は、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 | | 1 あり 2 なし 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 | | 直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は、記入不要です。) |
| | 1 B型肝炎ウイルス マーカー (1)HBs抗原 HBs抗原 HBe抗体 (2)HBV-DNA定量 | (検査日:平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+・-) (十・一) (+・-) (十・一) (+・-) (十・一) ____ (単位: _____、測定法 _____) | (検査日:平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+・-) (十・一) (+・-) (十・一) (+・-) (十・一) ____ (単位: _____、測定法 _____) |
| | 2 血液検査 AST ALT 血小板数 | (検査日:平成 年 月 日) ____ IU/l (施設の基準値:____~____) ____ IU/l (施設の基準値:____~____) ____ /μl (施設の基準値:____~____) | (検査日:平成 年 月 日) ____ IU/l (施設の基準値:____~____) ____ IU/l (施設の基準値:____~____) ____ /μl (施設の基準値:____~____) |
| 3 画像診断及び肝生 検などの所見(異常が ない場合も、その旨を記 入する。) | (検査日:平成 年 月 日) | (検査日:平成 年 月 日) | |
| 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) | | |
| 治療内容 | 該当番号を○で囲む。 1 エンテカビル単独 2 ラミブジン単独 3 アデホビル単独 4 ラミブジン+アデホビル 5 その他(具体的に記入してください。) 治療開始日(予定を含む。) 平成 年 月 日 | | |
| 治療上の問題点 | | | |

| | |
|------------|----------------|
| 医療機関名及び所在地 | 記入年月日 平成 年 月 日 |
| 医師氏名 | 印 |

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記入日から起算して3月以内です。
- 2 記入日前3月以内の資料に基づいて記入してください。ただし、「治療開始前データ」については、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入してください。
- 3 治療開始前データが不明な場合は、治療開始後、確認することができる範囲内の最も古いデータを記入してください。
- 4 記入漏れのある場合は、認定することができないことがあるので、ご注意ください。

第2号様式の4(第6関係) 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の交付申請に係る診断書(更新)

| | | | |
|----------------|--|---|---|
| フリガナ 患者氏名 | | 性別 男・女 | 生年月日(年齢) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳) |
| 住所 | 〒 _____ 電話番号 () _____ | | |
| 診断年月 | 昭和・平成 年 月 | 前医 (あれば記入する。) | 医療機関名 医師名 _____ |
| 現在の治療 | 現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合は、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 | | 1 あり 2 なし 1 あり 2 なし |
| 検査所見 | 1 B型肝炎ウイルス マーカー (1)HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2)HBV-DNA定量 2 血液検査 AST ALT 血小板数 3 画像診断及び肝生 検などの所見(異常が ない場合も、その旨を記 入する。) | 核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) | 直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は、記入不要です。) (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) |
| | | (+・-) (+・-) (+・-) (単位: _____、測定法 _____) | (+・-) (+・-) (+・-) (単位: _____、測定法 _____) |
| | | (検査日: 平成 年 月 日) ____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ____ /μl (施設の基準値: _____~_____) | (検査日: 平成 年 月 日) ____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ____ /μl (施設の基準値: _____~_____) |
| 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) | | |
| 治療内容 | 該当番号を○で囲む。 1 エンテカビル単独 2 ラミブジン単独 3 アデホビル単独 4 ラミブジン+アデホビル 5 その他(具体的に記入してください。) 治療開始日(予定を含む。) 平成 年 月 日 | | |
| 治療薬剤の 変更 | 該当番号を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1 ありに○の場合 変更前薬剤名(_____) | | 1 あり 2 なし 変更日(平成 年 月 日) |
| 治療上の問題点 | | | |
| 記入年月日 平成 年 月 日 | | | |
| 医療機関名及び所在地 | | | |
| 医師氏名 | | 印 | |

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記入日から起算して3月以内です。
- 2 記入日前3月以内の資料に基づいて記入してください。ただし、「治療開始前データ」については、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入してください。
- 3 治療開始前データが不明な場合は、治療開始後、確認することができる範囲内の最も古いデータを記入してください。
- 4 記入漏れのある場合は、認定することができないことがあるので、ご注意ください。

第3号様式(第9関係)

(表 面)

| 肝炎インターフェロン治療受給者証 | | | |
|----------------------------|--------|-----------|---|
| 公費負担者 番号 | | 受給者 番号 | |
| 受 給 者 | 住 所 | | |
| | 氏名 | | |
| | 性別 | 生年月日 | |
| 疾病名 | | | |
| 受 診 医 療 機 関 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 有効期間 | | | |
| 月額自己負担 限度額 | | | |
| 平成 年 月 日交付 | | | |
| 高 知 県 知 事 | | | 印 |

(裏 面)

肝炎治療特別促進事業

(目的)

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、このインターフェロン治療については月額の治療費が高額になること、また、核酸アナログ製剤治療については長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、このインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、ひいては国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。

注 意 事 項

- 1 この証を交付された方は、B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、又は、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療により核酸アナログ製剤治療を受けた場合において、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 この事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対するインターフェロン治療、又は核酸アナログ製剤治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合は、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提示してください。
- 4 次に該当する場合は、所定の様式により速やかに高知県知事に届け出てください。
 - (1) 氏名、住所、加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったとき。
 - (2) 治癒、死亡、県外転出等で受給者の資格がなくなったとき。
 - (3) この証を破損したり、汚したり、又は紛失したとき。県外へ転出し、転出後もこの証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までにこの証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。
- 5 問い合わせは、下記又は最寄りの福祉保健所（高知市は、保健所）に連絡してください。

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| 安芸福祉保健所；0887-34-3177 | 中央東福祉保健所；0887-53-3171 |
| 中央西福祉保健所；0889-22-1249 | 須崎福祉保健所；0889-42-1875 |
| 幡多福祉保健所；0880-34-5124 | 高知市保健所；088-822-0577 |

高知県健康政策部健康対策課感染症対策担当

〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2-20 (TEL: 088-823-9677)

第3号様式の2 (第9関係)

(表 面)

| 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証 | | | |
|----------------------------|--------|-----------|---|
| 公費負担者 番号 | | 受給者 番号 | |
| 受 給 者 | 住 所 | | |
| | 氏名 | | |
| | 性別 | 生年月日 | |
| 疾病名 | | | |
| 受 診 医 療 機 関 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 有効期間 | | | |
| 月額自己負担 限度額 | | | |
| 平成 年 月 日交付 | | | |
| 高 知 県 知 事 | | | 印 |

肝炎治療特別促進事業

(目的)

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、このインターフェロン治療については月額の治療費が高額になること、また、核酸アナログ製剤治療については長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、このインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、ひいては国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。

注 意 事 項

- 1 この証を交付された方は、B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、又は、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療により核酸アナログ製剤治療を受けた場合において、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 この事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対するインターフェロン治療、又は核酸アナログ製剤治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合は、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口で提示してください。
- 4 次に該当する場合は、所定の様式により速やかに高知県知事に届け出てください。
 - (1) 氏名、住所、加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったとき。
 - (2) 治癒、死亡、県外転出等で受給者の資格がなくなったとき。
 - (3) この証を破損したり、汚したり、又は紛失したとき。県外へ転出し、転出後もこの証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までにこの証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。
- 5 問い合わせは、下記又は最寄りの福祉保健所（高知市は、保健所）に連絡してください。

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| 安芸福祉保健所；0887-34-3177 | 中央東福祉保健所；0887-53-3171 |
| 中央西福祉保健所；0889-22-1249 | 須崎福祉保健所；0889-42-1875 |
| 幡多福祉保健所；0880-34-5124 | 高知市保健所；088-822-0577 |

高知県健康政策部健康対策課感染症対策担当

〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2-20 (TEL: 088-823-9677)

第5号様式（第10関係）

肝炎治療助成事業不承認通知書

平成 年 月 日

様

高知県知事

平成 年 月 日付けで申請のありました肝炎 治療の給付につきまして
しては、下記の理由により不承認とします。

記

| | | |
|--------|----|--|
| 患者 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| 不承認の理由 | | |

第7号様式（第13関係）

肝炎治療受給者証変更届

平成 年 月 日

高知県知事 様

下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

| | |
|---------------------|-------------------------------------|
| 申請者住所又は 申請医療機関住所 | |
| 申請者氏名又は 申請医療機関名 | 印 |
| 受給者との続柄 | 1 本人 2 保護者（ ） 3 医療機関 |

※医療機関から届け出るときは、受給者又は保護者にその旨をお知らせください。

| | | | | | | | |
|-------|-----------------|--|--|-----|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 受給者氏名 | | | | | | | |
| 変更年月日 | 平成 年 月 日から | | | | | | |
| 変更事項 | 変更前 | | | 変更後 | | | |
| 1 | ふりがな 氏名 | | | | | | |
| 2 | 住所 | | | | | | |
| 3 | 加入医療保険 記号・番号 | | | | | | |
| 4 | 医療機関 | | | | | | |
| 5 | その他 () | | | | | | |

※ 変更事項の1から5までの該当する番号に○を付けてください。

※ 4以外の変更については、変更を証明する書類を添付してください（住民票、保険証の写し等）。

第8号様式 (第14関係)

肝炎治療受給者証・自己負担限度月額管理票再交付申請書

平成 年 月 日

高知県知事 様

申請者 氏名 印

下記の理由により、肝炎（インターフェロン・核酸アナログ製剤）治療（受給者証・自己負担限度月額管理票）の再交付を申請します（該当するものを○で囲んでください。）。

| | | | | | | | | | |
|--------|--------------------------|--|--|--|--|--|----|-----|--|
| 受給者番号 | | | | | | | | | |
| 受給者氏名 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・昭 年 月 日生 | | | | | | 性別 | 男・女 | |
| | 大・平 | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 — | | | | | | | | |
| 保健医療機関 | | | | | | | | | |
| 再交付の理由 | 1 破損又は汚損したため 2 紛失したため | | | | | | | | |

※1の理由によるときは、受給者証を添付してください。

肝炎治療費請求書

¥ 円

(内訳)

| 年 月分 | 窓口支払済額 A (円) | 自己負担限度月額 B (円) | 差引き払戻し額 A-B (円) |
|------|-----------------|-------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第16の規定により、関係書類を添えて上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

高知県知事 様

(請求者) 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 電話番号 _____
 (受給者との続柄: _____)

(受給者) 住 所 _____
 氏 名 _____
 受給者番号

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

(振込先) 銀行名 _____ 銀行 _____ 支店 _____
 預金種別 普通・当座
 口座番号 _____
 ふりがな _____
 名義人 _____

※ 請求者と口座名義人は同じであること。

添付書類：①肝炎治療特別促進事業療養証明書 (別記第1号様式) ②領収書
 ③高額療養費の対象となった場合には、それを証明する書類を添付してください。
 ※※請求者と受給者が異なる場合は、受給者の委任状を添付してください。

(裏面)

肝炎治療特別促進事業療養証明書

| | | | | | |
|--|------------------|-------------------------------|------------------|---------------|------------|
| 受給者氏名 | | 生年月日 | 明・昭 大・平 | (歳) | 年 月 日 |
| 加入保険 | 協・組・共・国・後 | 受給者番号 | | | |
| 保険者名 | | 被保険者証 記号番号 | | | |
| 年 月 分 | 保険診療等総額 A (円) | 保険等負担額 (高額療養費等含む) B (円) | 自己負担額 A-B (円) | 入院 ・ 通院 | 保険負 担割合 |
| | | | | | 9割 |
| | | | | | 8割 |
| | | | | | 7割 |
| | | | | | その他 |
| 合計 | | | | | (割) |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 TEL 所在地 医療機関等の名称 代表者名 印 | | | | | |
| (注) 肝炎インターフェロン又は核酸アナログ製剤治療に係る認定期間内の医療費及び薬剤費のみを記入してください。 | | | | | |

肝炎診断書記載医師申請書

平成 年 月 日

高知県知事 様

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第 7 に掲げる肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書記載医師として認定を受けたいので、下記の条件を承諾の上申請します。

| | |
|------------------------|---|
| 申請者(医師名) | ⑩ |
| 所属医療機関 | 所在地: 医療機関名称: |
| 診断書の種類 (該当に○を記入する。) | ① () インターフェロン治療に係る診断書 ② () 核酸アナログ製剤治療に係る診断書 ③ () 両方 |
| 該当要件 (該当に○を記入する。) | ① () 日本肝臓学会専門医(※) ② () 日本消化器病学会専門医(※) ③ () インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師 ④ () 核酸アナログ製剤治療の診断書記載に当たって肝疾患診療連携拠点病院の指導や助言が受けられる医師 |

※ 該当要件の①又は②に該当する場合は、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る診断書を作成することができます。

条件

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第 7 に規定する診断書記載医師であることについて、県のホームページ等の広報媒体で広く県民に周知することに同意すること。

肝炎治療医療機関認定申請書

平成 年 月 日

高知県知事 様

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第8に掲げる肝炎治療医療機関として認定を受けたいので、下記の条件を承諾の上申請します。

| | |
|-----------------------|--|
| 医療機関 | 所在地: 医療機関名称: ㊞ |
| 治療の内容 (該当に○を記入する。) | ① () インターフェロン治療 ② () 核酸アナログ製剤治療 ③ () 両方 |
| 該当要件 (該当に○を記入する。) | ① () 日本肝臓学会専門医(※) ② () 日本消化器病学会専門医(※) ③ () インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師がいる(医師名: _____) ④ () 核酸アナログ製剤治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師がいる(医師名: _____) |

※ 該当要件の①又は②に該当する場合は、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療が可能です。

※ 該当要件の③に該当する場合は、別記第11号様式の2による認定審査資料も添付してください。

条件

- ① 最新の「慢性肝炎の治療ガイド」を遵守すること。
- ② 助成事業の評価を行うための調査に協力すること。
- ③ 治療等の標準化を図るための研修等に積極的に参加すること。
- ④ 該当要件の③又は④に該当する医師に異動があった場合は、速やかに届け出ること。

第11号様式の2 (第8関係)

平成 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院長 様

医療機関名 _____

医療機関住所 _____

記載者 職・氏名 _____

連絡先 _____

肝炎インターフェロン治療医療機関の認定審査資料として、下記のとおり提出します。

記

○インターフェロン治療を行った直近の5症例について記入してください。

※ 5症例に満たない場合には、経験症例すべてについて記入してください。

| | 治療期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | HBV HCV | serotype1 serotype2 高ウイルス 低ウイルス |
|--------------------------|---------|--------------|------------|--|
| | 症例 ① | 【性別・年齢】 | | |
| 【治療内容】 | | | | |
| 【副作用】出現時期及び対処方法並びに結果について | | | | |
| ①貧血： | | | | |
| ②白血球減少： | | | | |
| ③血小板減少： | | | | |
| ④眼底所見： | | | | |
| ⑤精神症状・呼吸器・甲状腺・その他： | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------|------------|---|
| 症例 ② | 治療期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | HBV HCV | serotype1 serotype2 高ウイルス 低ウイルス |
| | 【性別・年齢】 | | | 【治療結果】 終了 ・ 中断 ・ Seroconversion ・ SVR ・ ICR ・ 無効 |
| | 【治療内容】 | | | |
| | 【副作用】出現時期及び対処方法並びに結果について | | | |
| | ①貧血： | | | |
| | ②白血球減少： | | | |
| ③血小板減少： | | | | |
| ④眼底所見： | | | | |
| ⑤精神症状・呼吸器・甲状腺・その他： | | | | |
| 症例 ③ | 治療期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | HBV HCV | serotype1 serotype2 高ウイルス 低ウイルス |
| | 【性別・年齢】 | | | 【治療結果】 終了 ・ 中断 ・ Seroconversion ・ SVR ・ ICR ・ 無効 |
| | 【治療内容】 | | | |
| | 【副作用】出現時期及び対処方法並びに結果について | | | |
| | ①貧血： | | | |
| | ②白血球減少： | | | |
| ③血小板減少： | | | | |
| ④眼底所見： | | | | |
| ⑤精神症状・呼吸器・甲状腺・その他： | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------|------------|---|
| 症例 ④ | 治療期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | HBV HCV | serotype1 serotype2 高ウイルス 低ウイルス |
| | 【性別・年齢】 | | | 【治療結果】 終了 ・ 中断 ・ Seroconversion ・ SVR ・ ICR ・ 無効 |
| | 【治療内容】 | | | |
| | 【副作用】出現時期及び対処方法並びに結果について | | | |
| | ①貧血： | | | |
| | ②白血球減少： | | | |
| ③血小板減少： | | | | |
| ④眼底所見： | | | | |
| ⑤精神症状・呼吸器・甲状腺・その他： | | | | |
| 症例 ⑤ | 治療期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | HBV HCV | serotype1 serotype2 高ウイルス 低ウイルス |
| | 【性別・年齢】 | | | 【治療結果】 終了 ・ 中断 ・ Seroconversion ・ SVR ・ ICR ・ 無効 |
| | 【治療内容】 | | | |
| | 【副作用】出現時期及び対処方法並びに結果について | | | |
| | ①貧血： | | | |
| | ②白血球減少： | | | |
| ③血小板減少： | | | | |
| ④眼底所見： | | | | |
| ⑤精神症状・呼吸器・甲状腺・その他： | | | | |

(72 週投与用)

肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

高知県知事 様

私は、インターフェロン投与期間を 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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目にすべて記入の上、記名・押印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

申請者氏名 フリガナ _____ 印 性別(男・女)

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生(満 歳)

現住所 〒 _____

電話番号 _____

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、ご記入ください。

受給者番号 _____

現行有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

- (注) 1 この申請書は、住所地を管轄する福祉保健所(高知市においては、高知市保健所)又は高知県健康政策部健康対策課に提出してください。
- 2 延長は、現行有効期間に引き続く6月を限度とします。
- 3 記入漏れがある場合等は、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)

※ 以下の確認事項をすべて確認の上、記名・押印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 _____

現住所 〒 _____

担当医師名 _____ 印

確認事項

※担当医師は、該当する場合は、共通項目の□、かつ、(1)又は(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、共通項すべての□、かつ、(1)又は(2)のすべての□にチェックが入っている必要があります。)

申請者 (_____ 、フリガナ: _____) について、C型慢性肝炎セログループ1
かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、

(共通項目)

- 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1かつ高ウイルス量である。
- 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して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)]

(1) 前回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、『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週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

- 申請者は、前回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者である。
- 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で継続中である(一時休薬期間を除く。)
- 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、
・投与開始後36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休薬期間を除く。)

(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(Real 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週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

- 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の標準的治療(48週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で継続中である(一時休薬期間を除く。)
- 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、
・投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ、HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下
・投与36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休薬期間を除く。)

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書【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。

(副作用等延長用)

肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

高知県知事 様

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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

※以下の項目にすべて記入の上、記名・押印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

申請者氏名 フリガナ _____ 印 性別(男・女)

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生(満 歳)

現住所 〒 _____

電話番号 _____

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、ご記入ください。

受給者番号 _____

現行有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

(担当医記載欄)

申請者 _____ 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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断する。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 _____

所在地 〒 _____

担当医師名 _____ 印

(注) なお、副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますので、ご了承ください。

(注) 1 この申請書は、住所地を管轄する福祉保健所(高知市においては、高知市保健所)又は高知県健康政策部健康対策課に申請してください。

2 延長は、現行有効期間に引き続く2月を限度とします。

3 記入漏れがある場合等は、認定されないことがありますので、ご注意ください。