

「公印省略」

事 務 連 絡
平成20年7月11日

各郡市医師会長 殿



福岡県保健医療介護部長
(健康増進課疾病対策係)

肝炎治療特別促進事業における申請に係る対応について

本県の保健医療介護行政につきましては、日頃より御高配いただき厚く御礼申しあげます。

さて、福岡県肝炎対策協議会において「治療開始予定日」の未定に対する取り扱いを下記のとおり定めましたのでお知らせいたします。

また、当該事業の治療開始日の定義については、「インターフェロン製剤を投与した日」となっておりますので併せてお知らせいたします。

なお、各治療医療機関へ別紙のとおり周知していただきますようお願い申し上げます。

記

- 1 治療開始予定日が未定（日付までの記載なし）の場合については、申請を受け付ない。

予定治療内容（申請者の体重を含む）が未記入の場合についても同様とする。

【理由】

- 当該事業については「治療費の助成制度」であること
- 「予定治療内容」部分も含め審査を行っているため、記載がないものについても審査できないこと
- 「治療開始予定日」が未定のものについては、承認後、受給者証の発行ができないこと

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 名取一幸
地域保健副担当理事 毛利康茂
感染症対策担当理事 毛利康茂
会長 丸山 泉

「公印省略」

事 務 連 絡

平成20年7月11日

各治療医療機関の長 殿

福岡県肝炎対策協議会委員長

肝炎治療特別促進事業における申請に係る対応について

本県の保健医療介護行政につきましては、日頃より御高配いただき厚く御礼申し上げます。

さて、当協議会において「治療開始予定日」の未定に対する取り扱いを下記のとおり定めましたのでお知らせいたします。

また、当該事業の治療開始日の定義については、「インターフェロン製剤を投与した日」となっておりますので、診断書を作成の際には御注意ください。

なお、「肝炎インターフェロン治療受給者証認定に係る診断書（様式第2号）チェックリスト（別紙）」を送付しますので、診断書作成時に御活用ください。

記

- 1 治療開始予定日が未定（日付までの記載なし）の場合については、申請を受け付ない。

予定治療内容（申請者の体重を含む）が未記入の場合についても同様とする。

【理由】

- 当該事業については「治療費の助成制度」であること
- 「予定治療内容」部分も含め審査を行っているため、記載がないものについても審査できないこと
- 「治療開始予定日」が未定のものについては、承認後、受給者証の発行ができないこと

肝炎インターフェロン治療受給者証認定に係る診断書（様式第2号）チェックリスト

以下の項目を御記載後にチェック（レ点）して下さい。記入漏れがある場合、認定できないことがありますのでご注意ください。

チェック願います

1 検査所見

① B型肝炎ウイルスマーカー

☐

- ・ HBs 抗原
 - ・ HBe 抗原
 - ・ HBe 抗体
- （+・-）いずれかに○を記入しましたか。
- ・ HBV-DNA 定量：数値、単位、測定法を記入しましたか。

② C型肝炎ウイルスマーカー

☐

- ・ HCV-RNA 定量：数値、単位、測定法を記入しましたか。
- ・ ウイルス型：該当する型に○を記入しましたか。

③ 血液検査

☐

- ・ 全ての検査項目（AST、ALT、血小板）を記入しましたか。

④ 画像診断および肝生検などの所見

☐

- ・ 上記の血液検査で慢性肝炎と判断できない場合は、慢性肝炎と診断した上記以外の検査データ等を記入しましたか。

※ ALT 30IU/l 以下、血小板 15 万以上の場合

ALT の経時的変動、肝生検所見、腹部エコー所見、ヒアルロン酸等のデータ

⑤ 診断

☐

診断した項目に○を記入しましたか。

⑥ 合併症

☐

いずれかに○を記入しましたか。

合併症がある場合は、疾患名を記入しましたか。

⑦ 肝がんの合併

☐

いずれかに○を記入しましたか。

※ 過去に肝臓がんがあっても、現在、完治し合併がない場合は「なし」に○をつけてください。

⑧ 予定治療内容

☐

治療を実施する項目に○を記入しましたか。

(1) 投与量（インターフェロン製剤）

(2) 服用量（リバビリン製剤）

(3) 申請者の体重（投与・服用時）

(4) 治療期間

(5) 治療開始日（インターフェロン製剤を投与する日）

すべてを記入しましたか。

※ 再治療の場合は再治療の有無をご記入ください。

また、保険適用外の治療及び少量投与を実施している又はする予定の場合は、その理由についてご記入ください。

肝炎インターフェロン治療受給者証認定に係る診断書

フリガナ			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			男・女	明昭 大平	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号				
	電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記 載する)	医療機関名 医師名		
検査所見 ①～④	インターフェロン治療開始直前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー・・・① (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・・・② (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セログループ1・セログループ2・その他 (該当する方を○で囲む) ゲノタイプ1a・1b・2a・2b・その他 (該当する方を○で囲む) 3. 血液検査(検査日:平成 年 月 日)・・・③ AST IU/l ALT IU/l 血小板数 /μl 4. 画像診断および肝生検などの所見・・・④ (検査日:平成 年 月 日)				
診断 ⑤	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)				
合併症 ⑥	1. なし 2. あり ()				
肝がんの合併 ⑦	肝がん 1. なし 2. あり				
予定治療内容 ⑧	該当番号を○で囲む 1. インターフェロンα製剤 (1回投与量 単位) 2. インターフェロンβ製剤 (1回投与量 単位) 3. ペグインターフェロン製剤 (1回投与量 μg) 4. リバビリジン製剤 (服用量 mg) 5. その他(具体的に記載してください。) ※申請者体重 kg 治療予定期間 週 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)				
治療上の問題点	※治療予定開始日は「インターフェロン製剤を投与した日」となります。 また、保険適用外の治療及び少量投与の場合は「治療上の問題点」の ところに理由をご記入ください。 再治療の場合についても再治療の有無を「治療上の問題点」の ところにご記入ください。				
医療機関名および所在地					
医師氏名	印				

B型肝炎慢性肝炎の
場合、全ての項目を
ご記入ください

C型肝炎慢性肝炎・肝硬変
の場合、全ての項目を
ご記入ください

全ての項目を
ご記入ください

③の血液検査で「慢性肝炎」
と判断できない場合は、追加
検査データをご記入くださ
い。(肝生検、腹部エコー等)

※過去に肝臓がんがあ
っても、現在完治し合
併がない場合は「なし」
に○をご記入ください

該当する項目
に○をご記入
ください

(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(但し、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。