



福岡県医発第 2470 号 (地)
平成 26 年 12 月 8 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡県肝炎治療特別促進事業におけるプロテアーゼ阻害剤
(バニプレビル) の追加について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、今般、標記に件について、福岡県保健医療介護部健康増進課より、下記製剤が平成 26 年 11 月 25 日から適用になった旨、別添のとおり通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件にご了知いただくとともに、貴会会員へ周知くださいますようお願い申し上げます。

なお、診断書作成の際には、別紙を参照のうえ、作成願います。

記

【保険適用日】

保険適用日	治療法	銘柄名	診断名
平成 26 年 11 月 25 日	バニプレビル	バニヘップ	C型慢性肝疾患

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 白石恒明
会長 廣瀬真恵

公印省略

26 健第 4390 号
平成 26 年 12 月 4 日

公益社団法人
福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課母子保健係)

福岡県肝炎治療特別促進事業におけるプロテアーゼ阻害剤
(バニプレビル) の追加について (通知)

日頃から本県の保健医療行政の推進にあたりましては、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

このことについて、平成 26 年 11 月 25 日から適用になりましたので、お知らせします。

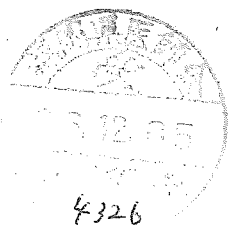
つきましては、貴会員に周知していただきますよう、お願い申し上げます。

なお、診断書作成の際には、別紙を参照のうえ、作成していただきますよう、併せてお願い申し上げます。

記

【保険適用日】

保険適用日	治療法	銘柄名	診断名
平成 26 年 11 月 25 日	バニプレビル	バニヘップ	C 型慢性肝疾患



二重線を記入し、
空白に「パニプレビル」

C 型

診断書

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	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)	医療機関名 医師名	
過去の治療歴 【必須】	該当する項目にチェックする。 ☐ 1. インターフェロン治療歴なし。(未治療) ☐ 2. インターフェロン治療歴あり。 (2. にチェックした場合)これまでの治療内容(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(テラプレビル) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (中止・再燃・無効) (具体的に記載: ☐ 3. インターフェロンフリー治療歴なし。			
3剤併用療法の 再治療について	上記2. イに該当する場合はチェックが必要。 ☐ テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴があるが、テラプレビルを含む3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断する。			
検査所見 【必須】	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、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。) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ 10⁴/ul 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)(検査日: 平成 年 月 日) (所見: _____)			
診断 【必須】	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 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容 【必須】	ペグインターフェロン、リバビリン及びソラブプレビル3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)			
治療実施医療 機関について 【必須】	(以下の項目にチェックがない場合は助成対象とはなりません。) ☐ 全治療期間を通して、専門医と連携して治療を実施することが可能であること。 ※専門医とは日本肝臓学会肝臓専門医等、ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持つ医師のことをいう。			
治療上の問題点				
医療機関名及び所在地	記載年月日 平成 年 月 日			
医師氏名	印			

二重線を記入し、
空白に「パニプレビル」

二重線を記入し、
空白に「パニプレビル」

(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、3剤併用治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。