



福岡県医発第 3409 号 (地)
平成 29 年 3 月 16 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実施要領」の一部改正について

今般、福岡県保健医療介護部健康増進課より標記要領を改正する旨、別添のとおり通知がありましたのでご連絡申し上げます。

なお、変更については平成 29 年 3 月 9 日からの施行となりますが、平成 29 年 4 月 1 日から適用（受付）とのことです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

項目	変更前	変更後
インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療における診断書（様式第 3 号裏、様式第 4 号、様式第 5 号裏、様式第 6 号、様式第 6 号の 2、様式第 6 号の 3、様式第 6 号の 4、様式第 7 号）	—	血液検査に腎機能等の項目を追加する。 ・ e G F R ・ B U N ・ クレアチニン ・ C a ・ リン
インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療における申請書（様式第 1 号、様式第 2 号）	肝炎治療費助成の申請受付は「治療開始月以降（予定含む）のみ。	肝炎治療費助成の申請受付を、2 ヶ月を限度とする先の「治療開始予定月」分も認めるものとする。 (※事前受付の開始)

公印省略

28 健第 5909 号

平成 29 年 3 月 9 日

公益社団法人福岡県医師会長 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実施要領」の一部改正について（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、標記要領を別添のとおり一部改正しましたので、お知らせします。

なお、変更については平成 29 年 3 月 9 日からの施行となりますが、平成 29 年 4 月 1 日から適用（受付）する取扱いとしますので申し添えます。

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。

項目	変更前	変更後
インターフェロン治療 及び核酸アナログ製剤治療における診断書 (様式第 3 号 裏、様式第 4 号、様式第 5 号 裏、様式第 6 号、様式第 6 号の 2、様式第 6 号の 3、様式第 6 号の 4、様式第 7 号)	—	血液検査に腎機能等の項目を追加する。 ・ <u>eGFR</u> ・ <u>BUN</u> ・ <u>クレアチニン</u> ・ <u>Ca</u> ・ <u>リン</u>
インターフェロン治療 及び核酸アナログ製剤治療における申請書 (様式第 1 号、様式第 2 号)	肝炎治療費助成の申請受付は「治療開始月以降（予定含む）」のみ。	肝炎治療費助成の申請受付を、2 ヶ月を限度とする先の「治療開始予定月」分も認めるものとする。 (※事前受付の開始)

各医師会通知



新	旧
福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領 (第1条～第3条 略) 第4条 肝炎治療受給者証の交付等について 1 肝炎治療受給者証 知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、別紙様式第8から9号による肝炎治療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。 2 交付申請書等の取扱い 知事は、申請書を受理したときは受理した日（以下「受理日」という。）から速やかに当該申請に対し、その可否を決定し、否とした場合には具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。 3 受給者証の有効期間 受給者証の有効期間は1年以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）受理日の属する月の初日から起算するものとする。 <u>なお、申請書の受付月から2ヶ月先までを限度とする治療開始月を申請書にて申出ること、起算日をその月の初日からとすることができるものとする。</u> (第5条～第19条 略)	福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領 (第1条～第3条 略) 第4条 肝炎治療受給者証の交付等について 1 肝炎治療受給者証 知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、別紙様式第8から9号による肝炎治療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。 2 交付申請書等の取扱い 知事は、申請書を受理したときは受理した日（以下「受理日」という。）から速やかに当該申請に対し、その可否を決定し、否とした場合には具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。 3 受給者証の有効期間 受給者証の有効期間は1年以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）受理日の属する月の初日から起算するものとする。 (第5条～第19条 略)

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年12月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年1月27日から施行し、平成25年11月19日から適用する。

附 則

この要領は、平成26年10月1日から施行し、平成26年9月2日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年12月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年1月27日から施行し、平成25年11月19日から適用する。

附 則

この要領は、平成26年10月1日から施行し、平成26年9月2日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年1月16日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年6月19日から施行し、平成27年5月20日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年12月28日から施行し、平成27年12月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年3月9日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年1月16日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年6月19日から施行し、平成27年5月20日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年12月28日から施行し、平成27年12月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

(別紙1～別紙2 略)

(別紙1～別紙2 略)

(様式第1号 表)

様式第1号 (要綱第11条関係)

(表面：両面印刷)

肝炎治療受給者証交付（新規・再治療・2回目の制度利用・転入）申請書 （インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）									
申請理由 (添付する添付書をつけてください)		1. 3剤併用療法を除く（新規） 2. 3剤併用療法を除く（2回目の制度利用） 3. (アラブレルビル・シメプレビル・パニプレビル)を含む3剤併用療法 4. インターフェロンフリー治療 5. 他都道府県からの転入							
		フリガナ氏名				性別	男 女		
		生年月日		明昭 大平 年 月 日 (満 歳)		職業			
		住 所		〒 (電話)					
		加入		被保険者氏名			受給者との続柄		
申請者 医 療 保 険	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								
	保険者番号								
病 名									
本助成制度利用歴		1. あり 2. なし 受給者番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)							
治療医療機関	名 称	[添付書作成 医療機関]							
	所在地								
	名 称								
	所在地								
受給者証の有効期間開始月		開始月		開始月は、申請書の受付日から2ヶ月先までを制度とします。 主治医とよく相談のうえ記入してください。					
		平成 年 月							
インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）の交付を申請します。 平成 年 月 日 申請者氏名 印 福岡県知事 殿									

※申請者が何らかの理由で自署できない場合は、保護者が代筆ください。

※申請書及び添付書の使用に当たっては、個人情報保護の保護に十分配慮し、肝炎対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

(注) 助成を受けることができるのは、県府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。

(様式第1号 表)

様式第1号 (要綱第11条関係)

(表面：両面印刷)

肝炎治療受給者証交付（新規・再治療・2回目の制度利用・転入）申請書 （インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）									
申請理由 (添付する添付書をつけてください)		1. 3剤併用療法を除く（新規） 2. 3剤併用療法を除く（2回目の制度利用） 3. (アラブレルビル・シメプレビル・パニプレビル)を含む3剤併用療法 4. インターフェロンフリー治療 5. 他都道府県からの転入							
		フリガナ氏名				性別	男 女		
		生年月日		明昭 大平 年 月 日 (満 歳)		職業			
		住 所		〒 (電話)					
		加入		被保険者氏名			受給者との続柄		
申請者 医 療 保 険	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								
	保険者番号								
病 名									
本助成制度利用歴		1. あり 2. なし 受給者番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)							
治療医療機関	名 称	[添付書作成 医療機関]							
	所在地								
	名 称								
	所在地								
インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）の交付を申請します。 平成 年 月 日 申請者氏名 印 福岡県知事 殿									

※申請者が何らかの理由で自署できない場合は、保護者が代筆ください。

※申請書及び添付書の使用に当たっては、個人情報保護の保護に十分配慮し、肝炎対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

(注) 助成を受けることができるのは、県府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。

(様式第1号 裏 略)

(様式第1号 裏 略)

(様式第2号 表)

様式第2号 (要綱第11条関係)

(表面：両面印刷)

肝炎治療受給者証交付（新規・転入）申請書 （核酸アナログ製剤治療）				
申請理由 （転入するものに ついてください）		1. 新規 2. 他都道府県からの転入		
申請者	フリガナ 氏 名		性 別	男 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日 (満 歳)	職 業
	住 所	〒 (電話)		
	加入 医療 保険	被保険者氏名	受給者との 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			
	保険者番号			
病 名				
本助成制度 利用歴				
1. あり 2. なし 受給者番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)				
治療 医療 機関	名 称	【診断書作成 医療機関】		
	所在地			
	名 称			
	所在地			
受給者証の有 効期間開始月		開始月 ：平成 年 月	開始月は、申請書の受付日から2ヶ月後まで を限度とします。 主治医とよく相談のうえ記入してください。	
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、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、核酸アナログ製剤治療受給者証の交付を申請します。				
平成 年 月 日		申請者氏名		印
		福岡県知事 殿		

※申請者が何らかの理由で自署できない場合は、保護者が代筆ください。

※申請書及び診断書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

(注) 助成を受けることができるのは、薬価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相談ください。

(様式第2号 表)

様式第2号 (要綱第11条関係)

(表面：両面印刷)

肝炎治療受給者証交付（新規・転入）申請書 （核酸アナログ製剤治療）				
申請理由 （転入するものに ついてください）		1. 新規 2. 他都道府県からの転入		
申請者	フリガナ 氏 名		性 別	男 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日 (満 歳)	職 業
	住 所	〒 (電話)		
	加入 医療 保険	被保険者氏名	受給者との 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			
	保険者番号			
病 名				
本助成制度 利用歴				
1. あり 2. なし 受給者番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)				
治療 医療 機関	名 称	【診断書作成 医療機関】		
	所在地			
	名 称			
	所在地			
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、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、核酸アナログ製剤治療受給者証の交付を申請します。				
平成 年 月 日		申請者氏名		印
		福岡県知事 殿		

※申請者が何らかの理由で自署できない場合は、保護者が代筆ください。

※申請書及び診断書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

(注) 助成を受けることができるのは、薬価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相談ください。

(様式第2号 裏 ～ 様式第3号 表 略)

(様式第2号 裏 ～ 様式第3号 表 略)

(様式第3号 裏)

(様式第3号の裏面)

【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

【患者氏名】	
【生年月日】 明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)	
検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療直近の測定・更新時以降の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs 抗原 (十・一・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 平成 年 月 日) HBs 抗体 (十・一・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 平成 年 月 日) (2) HBV-DNA 定量 (検査日: 平成 年 月 日) (単位: , 測定法:) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST 〇/1 ALT 〇/1 血小板数 $\times 10^4 / \mu\text{l}$ Ca mg/dl リン mg/dl 3. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 平成 年 月 日)
	診断 【必須】
	治療内容 【必須】
	治療薬剤の変更 【必須】
治療上の 問題点	
上記のとおり、B型肝炎肝疾患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: 平成 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 印	

(注)

- 前記申請時データが不齊の場合は、前記申請時以降の確定できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
- 直近の確定・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。
- 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。

各医療機関においては、本書類は受給者証新規申請時における診断書の更新用という性格の書類であるため、申請者の追加負担とならないようご配慮いただきますようお願いいたします。

(様式第3号 裏)

(様式第3号の裏面)

【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

【患者氏名】	
【生年月日】 明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)	
検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療直近の測定・更新時以降の所見を記入する。 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 (十・一・未実施) (該当する方を○で囲む) HBs 抗体 (十・一・未実施) (該当する方を○で囲む) (2) HBV-DNA 定量 (単位: , 測定法:) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST 〇/1 ALT 〇/1 血小板数 $\times 10^4 / \mu\text{l}$ 3. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 平成 年 月 日)
	診断 【必須】
	治療内容 【必須】
	治療薬剤の変更 【必須】
治療上の 問題点	
上記のとおり、B型肝炎肝疾患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: 平成 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 印	

(注)

- 前記申請時データが不齊の場合は、前記申請時以降の確定できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
- 直近の確定・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。
- 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。

各医療機関においては、本書類は受給者証新規申請時における診断書の更新用という性格の書類であるため、申請者の追加負担とならないようご配慮いただきますようお願いいたします。

(様式第4号)

様式第4号 (要欄第10条関係) **B型・C型**
肝炎治療受給者証 (3剤併用療法を除くインターフェロン治療) の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ	性別	生年月日 (年齢)
患者氏名	男・女	昭和 年 月 日生 (歳 歳)
住所	郵便番号	
電話番号		
診断年月	昭和・平成 年 月	病院 (あれば記 載する) 医師名
過去の治療歴 【必須】	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する□にチェックを入れてください。 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 ☐ 3剤併用療法の治療歴なし。 ☐ 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. インターフェロン単剤治療 ☐ インターフェロン単剤治療あり。(薬名:) ☐ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロン単剤治療である。	
検査所見 【必須】	今回の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) HBs抗原 (陽性) (検査日: 平成 年 月 日) (2) HBs抗原 (陽性) (検査日: 平成 年 月 日) HBs抗体 (陽性) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 (単位:) (検査日: 平成 年 月 日) 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:) (検査日: 平成 年 月 日) (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) グループ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) AST $\frac{\mu\text{mol}}{\text{L}}$ ALT $\frac{\mu\text{mol}}{\text{L}}$ 血小板数 $\times 10^3 / \mu\text{L}$ aPTT $\frac{\text{mL}}{\text{mL}}$ INR $\frac{\text{mL}}{\text{mL}}$ カリウム $\frac{\text{mEq}}{\text{L}}$ Ca $\frac{\text{mEq}}{\text{L}}$ ・末測定 (末測定なら○で囲む) シン $\frac{\text{mEq}}{\text{L}}$ ・末測定 (末測定なら○で囲む) 4. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 平成 年 月 日)	
診断 【必須】	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 【必須】	1. なし 2. あり ()	
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし	
治療内容 【必須】	1. 該当する□にチェック (しぬ) を記入する ☐ 初回治療 ☐ 再治療 2. 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. リバビリン製剤 (服用量 mg) 5. その他 (具体的に記載してください) 薬申請書添付 kg 治療予定期間 週 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)	
医師の署名 【必須】	直前の抗ウイルス治療がインターフェロン単剤治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全国肝臓学会を通して、協同医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。 (連携している肝臓専門医療機関:) 医療機関名および所在地 記載年月日 平成 年 月 日 医師氏名 印	

(注) 1. 診断書の有効期限は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. HBs抗原、HBs抗体、HBs抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内 (保し、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。

(様式第4号)

様式第4号 (要欄第10条関係) **B型・C型**
肝炎治療受給者証 (3剤併用療法を除くインターフェロン治療) の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ	性別	生年月日 (年齢)
患者氏名	男・女	昭和 年 月 日生 (歳 歳)
住所	郵便番号	
電話番号		
診断年月	昭和・平成 年 月	病院 (あれば記 載する) 医師名
過去の治療歴 【必須】	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する□にチェックを入れてください。 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 ☐ 3剤併用療法の治療歴なし。 ☐ 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. インターフェロン単剤治療 ☐ インターフェロン単剤治療あり。(薬名:) ☐ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロン単剤治療である。	
検査所見 【必須】	今回の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) HBs抗原 (陽性) (検査日: 平成 年 月 日) (2) HBs抗原 (陽性) (検査日: 平成 年 月 日) HBs抗体 (陽性) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 (単位:) (検査日: 平成 年 月 日) 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:) (検査日: 平成 年 月 日) (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) グループ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) AST $\frac{\mu\text{mol}}{\text{L}}$ ALT $\frac{\mu\text{mol}}{\text{L}}$ 血小板数 $\times 10^3 / \mu\text{L}$ aPTT $\frac{\text{mL}}{\text{mL}}$ INR $\frac{\text{mL}}{\text{mL}}$ カリウム $\frac{\text{mEq}}{\text{L}}$ Ca $\frac{\text{mEq}}{\text{L}}$ ・末測定 (末測定なら○で囲む) シン $\frac{\text{mEq}}{\text{L}}$ ・末測定 (末測定なら○で囲む) 4. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 平成 年 月 日)	
診断 【必須】	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 【必須】	1. なし 2. あり ()	
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし	
治療内容 【必須】	1. 該当する□にチェック (しぬ) を記入する ☐ 初回治療 ☐ 再治療 2. 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. リバビリン製剤 (服用量 mg) 5. その他 (具体的に記載してください) 薬申請書添付 kg 治療予定期間 週 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)	
医師の署名 【必須】	直前の抗ウイルス治療がインターフェロン単剤治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全国肝臓学会を通して、協同医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。 (連携している肝臓専門医療機関:) 医療機関名および所在地 記載年月日 平成 年 月 日 医師氏名 印	

(注) 1. 診断書の有効期限は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. HBs抗原、HBs抗体、HBs抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内 (保し、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。

(様式第5号 表 略)

(様式第5号 表 略)

(様式第6号)

様式第6号(第10条関係)

C型

肝炎治療効果観察(ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	昭和 大正	年 月 日 生	(満 歳)
住所	郵便番号			
	電話番号			
診断年月	開始・年 月 日	検査 月 日	医療機関名	医師名
過去の治療 (必須)	検査項目をチェックする。 1. インターフェロン治療 ☐ インターフェロン治療あり ☐ インターフェロン治療なし (※)にチェックした場合、これまでの治療内容について検査項目を○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・再開・継続) イ ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル併用療法(中止・再開・継続) ウ 上記以外の治療(中止・再開・継続) (具体的に記載) 2. インターフェロンフリー治療 ☐ インターフェロンフリー治療あり(薬剤名) ☐ 薬剤の抗ウイルス効果がインターフェロンフリー治療である。			
3剤併用療法 の経過について	上記1.イに該当する場合はチェックが必要。 ☐ 物のプロキアール7日間服用した3剤併用療法による再治療を行う事が適切であると判断する。			
検査結果 (必須)	検査項目の検査結果を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量(検出) (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: 年 月 日) AST $\mu\text{mol/L}$ ALT $\mu\text{mol/L}$ ヘモグロビン g/dl 血小板 $10^3/\mu\text{l}$ aPTT sec INR mg/dl 胆红素 mg/dl 3. 画像診断及び肝生検などの結果(具体的に記載)(検査日: 年 月 日) (結果)			
診断 (必須)	検査結果を○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、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (年 月 日 - 年 月 日)			
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記載対象となりません。記載事項を○で囲むこと。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医が常駐する医療機関である。【常駐医署名】 ☐ 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本肝臓学会が認定する専門医生研修施設 又は研修施設に勤務する日本肝臓学会認定科専門医と連携している。			
治療上の留意点				
薬剤の抗ウイルス効果がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本肝臓学会が認定する専門医生研修施設 又は研修施設に勤務する日本肝臓学会認定科専門医と連携している。 医師署名(必須)	記載年月日: 年 月 日 医師氏名: 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日)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ません。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します。

(様式第6号)

様式第6号(第10条関係)

C型

肝炎治療効果観察(ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	昭和 大正	年 月 日 生	(満 歳)
住所	郵便番号			
	電話番号			
診断年月	開始・年 月 日	検査 月 日	医療機関名	医師名
過去の治療 (必須)	検査項目をチェックする。 1. インターフェロン治療 ☐ インターフェロン治療あり ☐ インターフェロン治療なし (※)にチェックした場合、これまでの治療内容について検査項目を○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・再開・継続) イ ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル併用療法(中止・再開・継続) ウ 上記以外の治療(中止・再開・継続) (具体的に記載) 2. インターフェロンフリー治療 ☐ インターフェロンフリー治療あり(薬剤名) ☐ 薬剤の抗ウイルス効果がインターフェロンフリー治療である。			
3剤併用療法 の経過について	上記1.イに該当する場合はチェックが必要。 ☐ 物のプロキアール7日間服用した3剤併用療法による再治療を行う事が適切であると判断する。			
検査結果 (必須)	検査項目の検査結果を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量(検出) (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: 年 月 日) AST $\mu\text{mol/L}$ ALT $\mu\text{mol/L}$ ヘモグロビン g/dl 血小板 $10^3/\mu\text{l}$ 3. 画像診断及び肝生検などの結果(具体的に記載)(検査日: 年 月 日) (結果)			
診断 (必須)	検査結果を○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、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (年 月 日 - 年 月 日)			
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記載対象となりません。記載事項を○で囲むこと。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医が常駐する医療機関である。【常駐医署名】 ☐ 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本肝臓学会が認定する専門医生研修施設 又は研修施設に勤務する日本肝臓学会認定科専門医と連携している。			
治療上の留意点				
薬剤の抗ウイルス効果がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本肝臓学会が認定する専門医生研修施設 又は研修施設に勤務する日本肝臓学会認定科専門医と連携している。 医師署名(必須)	記載年月日: 年 月 日 医師氏名: 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日)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ません。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します。

(様式第6号の2)

様式第6号の2(要綱第10条関係)

C 型

診療情報提供書(ペグインターフェロン、リビドリン及びシメプレビル3剤併用療法)の資料申請に係る診療情報

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	昭和 年 月 日 (満 歳)	大正 年 月 日 生	
住所	郵便番号 電話番号			
診断科目	昭和・平成 年 月 日	病歴 (既往歴)	検査 (検査結果)	医師 (医師名)
過去の治療 【必須】	検査項目をすべてチェックする。 1. インターフェロン治療 ☐ インターフェロン治療あり ☐ インターフェロン治療なし (すでにチェックした場合、これまでの治療内容について検査項目を○で囲む) ア ペグインターフェロン及びリビドリン併用療法 (中止・再発・継続) イ ペグインターフェロン、リビドリン及びシメプレビル3剤併用療法(薬剤名) エ ペグインターフェロン、リビドリン及びシメプレビル3剤併用療法 (中止・再発・継続) ウ 上記以外の治療 (中止・再発・継続) (具体的に記述) 2. インターフェロンフリー治療 ☐ インターフェロンフリー治療あり (薬剤名) ☐ インターフェロンフリー治療なし ☐ 薬剤名はウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。			
3. 併用療法成功 再発について	2. 既に○に該当する場合はチェックが必要。 ① 併用療法成功 ② 併用療法失敗			
検査結果 【必須】	① 過去の検査結果の所見を記入する。 (1) HIV-1 RNA 定量 (検出 年 月 日) (検出 年 月 日) (検出 年 月 日) (2) ウイルス型 セログループ・サブグループとその値 (検出する方を○で囲む) グループ: 1a・1b・2a・2b・その他 (検出する方を○で囲む) 2. 血液検査 (検査日 年 月 日) ALT 検出 年 月 日 AST 検出 年 月 日 ヘモグロビン 検出 年 月 日 血小板 検出 年 月 日 血中ビリルビン 検出 年 月 日 血中ビリルビン 検出 年 月 日 血中ビリルビン 検出 年 月 日 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記述) (検査日 年 月 日)			
診断 【必須】	検査結果を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C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)			
肝がんの有無 【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、リビドリン及びシメプレビル3剤併用療法 治療期間 24 週 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			
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実施対象とはなりません) ☐ 全治療期間を通して、専門医と連絡して治療を実施することが可能なこと。 ☐ 専門医とは日本肝臓学会肝臓専門医、ウイルス性肝炎の診療に十分な知識・経験を持つ医師のこと。			
治療上の問題点				
医師の注釈 【必須】	① 過去のウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合は必ず○にチェックする。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通して、専門医と連絡して治療を実施することが可能なこと。 ☐ 専門医とは日本肝臓学会肝臓専門医、ウイルス性肝炎の診療に十分な知識・経験を持つ医師のこと。			
医師の署名 【必須】	医師の署名 医師の署名 医師の署名			

- (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. 記載日 前5か月以内ただし、3剤併用療法中の場合は治療開始日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記入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実行することとする。

(様式第6号の2)

様式第6号の2(要綱第10条関係)

C 型

診療情報提供書(ペグインターフェロン、リビドリン及びシメプレビル3剤併用療法)の資料申請に係る診療情報

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	昭和 年 月 日 (満 歳)	大正 年 月 日 生	
住所	郵便番号 電話番号			
診断科目	昭和・平成 年 月 日	病歴 (既往歴)	検査 (検査結果)	医師 (医師名)
過去の治療 【必須】	検査項目をすべてチェックする。 1. インターフェロン治療 ☐ インターフェロン治療あり ☐ インターフェロン治療なし (すでにチェックした場合、これまでの治療内容について検査項目を○で囲む) ア ペグインターフェロン及びリビドリン併用療法 (中止・再発・継続) イ ペグインターフェロン、リビドリン及びシメプレビル3剤併用療法(薬剤名) エ ペグインターフェロン、リビドリン及びシメプレビル3剤併用療法 (中止・再発・継続) ウ 上記以外の治療 (中止・再発・継続) (具体的に記述) 2. インターフェロンフリー治療 ☐ インターフェロンフリー治療あり (薬剤名) ☐ インターフェロンフリー治療なし ☐ 薬剤名はウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。			
3. 併用療法成功 再発について	2. 既に○に該当する場合はチェックが必要。 ① 併用療法成功 ② 併用療法失敗			
検査結果 【必須】	① 過去の検査結果の所見を記入する。 (1) HIV-1 RNA 定量 (検出 年 月 日) (検出 年 月 日) (検出 年 月 日) (2) ウイルス型 セログループ・サブグループとその値 (検出する方を○で囲む) グループ: 1a・1b・2a・2b・その他 (検出する方を○で囲む) 2. 血液検査 (検査日 年 月 日) ALT 検出 年 月 日 AST 検出 年 月 日 ヘモグロビン 検出 年 月 日 血小板 検出 年 月 日 血中ビリルビン 検出 年 月 日 血中ビリルビン 検出 年 月 日 血中ビリルビン 検出 年 月 日 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記述) (検査日 年 月 日)			
診断 【必須】	検査結果を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C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)			
肝がんの有無 【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、リビドリン及びシメプレビル3剤併用療法 治療期間 24 週 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			
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実施対象とはなりません) ☐ 全治療期間を通して、専門医と連絡して治療を実施することが可能なこと。 ☐ 専門医とは日本肝臓学会肝臓専門医、ウイルス性肝炎の診療に十分な知識・経験を持つ医師のこと。			
治療上の問題点				
医師の注釈 【必須】	① 過去のウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合は必ず○にチェックする。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通して、専門医と連絡して治療を実施することが可能なこと。 ☐ 専門医とは日本肝臓学会肝臓専門医、ウイルス性肝炎の診療に十分な知識・経験を持つ医師のこと。			
医師の署名 【必須】	医師の署名 医師の署名 医師の署名			

- (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. 記載日 前5か月以内ただし、3剤併用療法中の場合は治療開始日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記入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実行することとする。

(様式第6号の4)

様式第6号の4(第6条第10条関係)

C 型

肝炎治療受給者証(インターフェロンプリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	昭和 大正 年 月 日 生 (満 歳)		
住所	郵便番号 〒 〒 〒			
診療科目	診療科目 〒 〒 〒			
診断年月	昭和・平成 年 月 日	前年 (前年度) 年 月 日	医療機関名 (医療機関) 〒 〒 〒	
過去の治療 【必須】	経過する項目にチェックする。 ☐ 1 インターフェロンプリー治療あり。 ☐ 2 インターフェロンプリー治療なし。 (チェックした場合)これまでの治療内容(経過項目を○で囲む)。 ア インターフェロンプリー・ペグインターフェロンプリー療法(中止・再発・寛解)。 イ ペグインターフェロンプリー・ペグインターフェロンプリー療法(中止・再発・寛解)。 ウ ペグインターフェロンプリー・ペグインターフェロンプリー療法(中止・再発・寛解)。 エ インターフェロンプリー療法(中止・再発・寛解)。 ☐ 3 インターフェロンプリー治療あり。 ☐ 4 インターフェロンプリー治療なし。 (寛解) (中止・再発・寛解)			
【過去の治療 4. 以外】	以下のいずれかの項目にチェックがない場合は対象外と見なされる。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通じて、指定医療機関(指定医療機関)と連携して治療を実施することが可能な医療機関である。【連携している肝臓専門医療機関名】			
【過去の治療 4. の場合】	以下のいずれかの項目にチェックがない場合は対象外と見なされる。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通じて、指定医療機関(指定医療機関)と連携して治療を実施することが可能な医療機関である。【連携している肝臓専門医療機関名】			
検査結果 【必須】	検査の経過(検査結果)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陽性 (検出) 測定法。 (2) ウイルス型 セロタイプ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 $\mu\text{U/L}$ ALT $\mu\text{U/L}$ 血小板 $10^3/\mu\text{L}$ eGFR $\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ BUN mg/dL シェアット mg/dL 3. 画像診断及び肝臓機能などの検査 (最終的に記載) (検査日 平成 年 月 日)。 (所見)。 4. (肝臓機能の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)。			
診断 【必須】	経過を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)。 2. 代償性肝臓病 (C型肝炎ウイルスによる) 併Child-Pugh分類Aに属する。			
肝がんの有無 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容 【必須】	インターフェロンプリー治療 (薬剤名) 薬 (平成 年 月 日 - 平成 年 月 日)			
治療上の留意点	医師の署名(氏名) 平成 年 月 日			
医療機関名及び所在地	医療機関名 所在地 平成 年 月 日			
医師氏名	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. 記載日から3か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始日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。

(様式第6号の4)

様式第6号の4(第6条第10条関係)

D 型

肝炎治療受給者証(インターフェロンプリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	昭和 大正 年 月 日 生 (満 歳)		
住所	郵便番号 〒 〒 〒			
診療科目	診療科目 〒 〒 〒			
診断年月	昭和・平成 年 月 日	前年 (前年度) 年 月 日	医療機関名 (医療機関) 〒 〒 〒	
過去の治療 【必須】	経過する項目にチェックする。 ☐ 1 インターフェロンプリー治療あり。 ☐ 2 インターフェロンプリー治療なし。 (チェックした場合)これまでの治療内容(経過項目を○で囲む)。 ア インターフェロンプリー・ペグインターフェロンプリー療法(中止・再発・寛解)。 イ ペグインターフェロンプリー・ペグインターフェロンプリー療法(中止・再発・寛解)。 ウ ペグインターフェロンプリー・ペグインターフェロンプリー療法(中止・再発・寛解)。 エ インターフェロンプリー療法(中止・再発・寛解)。 ☐ 3 インターフェロンプリー治療あり。 ☐ 4 インターフェロンプリー治療なし。 (寛解) (中止・再発・寛解)			
【過去の治療 4. 以外】	以下のいずれかの項目にチェックがない場合は対象外と見なされる。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通じて、指定医療機関(指定医療機関)と連携して治療を実施することが可能な医療機関である。【連携している肝臓専門医療機関名】			
【過去の治療 4. の場合】	以下のいずれかの項目にチェックがない場合は対象外と見なされる。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通じて、指定医療機関(指定医療機関)と連携して治療を実施することが可能な医療機関である。【連携している肝臓専門医療機関名】			
検査結果 【必須】	検査の経過(検査結果)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陽性 (検出) 測定法。 (2) ウイルス型 セロタイプ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 $\mu\text{U/L}$ ALT $\mu\text{U/L}$ 血小板 $10^3/\mu\text{L}$ 3. 画像診断及び肝臓機能などの検査 (最終的に記載) (検査日 平成 年 月 日)。 (所見)。 4. (肝臓機能の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)。			
診断 【必須】	経過を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)。 2. 代償性肝臓病 (C型肝炎ウイルスによる) 併Child-Pugh分類Aに属する。			
肝がんの有無 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容 【必須】	インターフェロンプリー治療 (薬剤名) 薬 (平成 年 月 日 - 平成 年 月 日)			
治療上の留意点	医師の署名(氏名) 平成 年 月 日			
医療機関名及び所在地	医療機関名 所在地 平成 年 月 日			
医師氏名	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. 記載日から3か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始日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。

(様式第6号の4の2 略)

(様式第6号の4の2 略)

(様式第8号～様式第19号 略)

(様式第8号～様式第19号 略)

肝炎治療受給者証交付(新規・再治療・2回目の制度利用・転入)申請書
(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療)

申請理由 (該当する番号に○をつけてください)		1. 3剤併用療法を除く(新規) 2. 3剤併用療法を除く(2回目の制度利用) 3. (テラプレビル・シメプレビル・パニプレビル)を含む3剤併用療法 4. インターフェロンフリー治療 5. 他都道府県からの転入			
申請者	フリガナ氏名			性別	男 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日(満 歳)	職業	
	住所	〒 (電話)			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		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			
		保険者番号			
病名					
本助成制度利用歴		1. あり 2. なし 受給者番号 () 有効期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日)			
治療医療機関	名称	〔診断書作成医療機関〕			
	所在地				
	名称				
	所在地				
受給者証の有効期間開始月		開始月 : 平成 年 月		開始月は、申請書の受付月から2ヶ月先までを限度とします。 主治医とよく相談のうえ記入してください。	
インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療)の交付を申請します。					
平成 年 月 日		申請者氏名		印	
福岡県知事 殿					

※申請者が何らかの理由で自署できない場合は、保護者が代筆ください。

※申請書及び診断書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

(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

(様式第1号の裏面)

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。）

※ 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。

(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、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。

※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

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. (3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「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。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

(2) 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、リバ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。

※2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成の実施は、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に限る。

※4 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. (3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「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。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

(3) 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治療を行う予定、また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、原則1回のみの助成とする。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専門医によって他のインターフェロンフリー治療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、2. (1) 及び 2. (2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「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。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会専門医又は本県が適当と定める医師が「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。

(核酸アナログ製剤治療)

(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

(様式第2号の裏面)

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。）

※ 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。

(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

肝炎治療受給者証交付（更新）申請書 （核酸アナログ製剤治療）					
申 請 者	フリガナ 氏 名			性 別	男 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日（満 歳）	職 業	
	住 所	〒 (電話)			
	加 入	被保険者氏名		受給者との 続 柄	
医 療 保 険	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				
	保 険 者 番 号				
病 名					
本助成制度 利用歴		受給者番号（ 有効期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）			
治 療 医 療 機 関	名 称	〔 診断書作成 医療機関 〕			
	所 在 地				
	名 称				
	所 在 地				
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、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、核酸アナログ製剤治療受給者証の交付を申請します。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 福岡県知事 殿					

※申請者が何らかの理由で自署できない場合は、保護者が代筆ください。

※申請書及び診断書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

【患者氏名】

【生年月日】明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)

検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療直近の認定・更新時以降の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBe 抗原 (＋・－・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日:平成 年 月 日) HBe 抗体 (＋・－・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日:平成 年 月 日) (2) HBV-DNA 定量 _____ (検査日:平成 年 月 日) (単位 _____ , 測定法 _____) 2. 血液検査 (検査日:平成 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ $\times 10^4$ / μl Ca _____ mg/dl リン _____ mg/dl 3. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日:平成 年 月 日)
診断 【必須】	該当を○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 【必須】	核酸アナログ製剤の薬剤名、1日投与量を記入する。(併用の場合は複数記入) ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg
治療薬剤の 変更 【必須】	該当する方を○で囲む 前回の申請時からの治療薬剤の変更 1. なし 2. あり 2. ありに○の場合 変更前薬剤名 (_____) 変更日 (平成 年 月 日)
治療上の 問題点	
上記のとおり、B型慢性肝疾患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:平成 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 印	

(注)

1. 前回申請時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もっと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。

各医療機関においては、本書類は受給者証新規申請時における診断書の更新用という性格の書類であるため、申請者の追加負担とならないようご配慮いただきますよう御協力ください。

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

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		
過去の治療歴 【必須】	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する□にチェックを入れてください。 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 ☐ 3剤併用療法の治療歴なし。 ☐ 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 ☐ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) ☐ 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 【必須】	今回の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) HBs抗原(+-) (検査日:平成 年 月 日) (2) HBe抗原(+-) (検査日:平成 年 月 日) HBe抗体(+-) (検査日:平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法) (検査日:平成 年 月 日) 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 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) AST IU/l ALT IU/l 血小板数 $\times 10^4 / \mu l$ eGFR mL/min/1.73m ² BUN mg/dl クレアチン mg/dl Ca mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) リン mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) 4. 画像診断および肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日:平成 年 月 日)				
診断 【必須】	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 【必須】	1. なし 2. あり ()				
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容 【必須】	1 該当する□にチェック(レ点)を記入する ☐ 初回治療 ☐ 再治療 2 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)				
治療上の課題					
直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。 【連携している肝疾患専門医療機関名: 】					
医療機関名および所在地			記載年月日 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か月以内です。

2. 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(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。

【患者氏名】

【生年月日】明・大・昭・平

年

月

日生

(満

歳)

検査所見 【必須】	今回の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) HBs 抗原 (+・-・未実施) (検査日: 平成 年 月 日) (2) HBe 抗原 (+・-・未実施) (検査日: 平成 年 月 日) HBe 抗体 (+・-・未実施) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 _____ (検査日: 平成 年 月 日) (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 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) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ $\times 10^4$ / μl eGFR _____ mL/min/1.73m² BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl Ca _____ mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) リン _____ mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) 4. 画像診断およ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 (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 【必須】	1. なし 2. あり (_____)
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし
予定治療内容 【必須】	該当番号を○で囲む (B型慢性活動性肝炎の場合は3のみが対象) 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. リバビリシン製剤 (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 ~ 平成 年 月)
治療上の問題点	
直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。 【連携している肝疾患専門医療機関名: _____】	
記載年月日 平成 年 月 日 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. 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(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。

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

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】	該当項目をチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。 ☐ インターフェロン治療歴あり。 (すでにチェックした場合、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、リバビリン及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 (中止・再燃・無効) (具体的に記載:) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) ☐ 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。				
3剤併用療法の 再治療について	上記1. イに該当する場合はチェックが必要。 ☐ 他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行う事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 ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 10 ⁴ /ul eGFR _____ mL/min/1.73m ² BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl 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、リバビリン及びテラプレビル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。肝臓専門医常勤医師名を記載すること。) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。【常勤医師名: 】 ☐ 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、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日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。				
治療上の問題点					
直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。 【連携している肝疾患専門医療機関名: 】					
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		

(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。

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビルの3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

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】	該当項目をチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。 ☐ インターフェロン治療歴あり。 (ありにチェックした場合、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、リバビリン及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 (中止・再燃・無効) (具体的に記載:) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) ☐ 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。			
3剤併用療法の 再治療について	上記1. イに該当する場合はチェックが必要。 ☐ 他プロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行う事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 ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 10^4 /ul eGFR _____ mL/min/1.73m ² BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl 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、リバビリン及びシメプレビル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				
直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。 【連携している肝疾患専門医療機関名: _____】				
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	

(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。

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 (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】	該当項目をチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。 ☐ インターフェロン治療歴あり。 (ありにチェックした場合、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、リバビリン及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 (中止・再燃・無効)) (具体的に記載:) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) ☐ 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。						
3剤併用療法の再治療について	上記1. イに該当する場合はチェックが必要。 ☐ 他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行う事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 ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 10⁴/ul eGFR _____ mL/min/1.73m² BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl 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. 代償性肝硬化 (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、リバビリン及びパニプレビル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							
直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。 【連携している肝疾患専門医療機関名:]							
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			

(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。

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

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 明昭 年 月 日生 (満 歳) 大平	
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。 ☐ 2. 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(該当項目を○で囲む) ア. インターフェロン・ペグインターフェロン単独療法(中止・再燃・無効) イ. 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) ウ. 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) ☐ 3. インターフェロンフリー治療歴なし。 ☐ 4. 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)				
【過去の治療歴 4. 以外】 診断書作成 医師について 【必須】	(以下のいずれか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。) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医である。 ☐ 全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。【連携している肝疾患専門医療機関名: 】				
【過去の治療歴 4. の場合】 診断書作成 医師について 【必須】	(以下のいずれか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。) ☐ 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である。 ☐ 上記以外の日本肝臓学会専門医又は全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師で、別添意見書(様式第6号の4の2)を添付している。 【連携している肝疾患専門医療機関名: 】				
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 _____ 10^4 /ul eGFR _____ mL/min/1.73m ² BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl 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:) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C(該当する方を○で囲む。)				
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) ※Child-Pugh分類Aに限る。				
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容 【必須】	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 ~ 平成 年 月)				
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		

(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(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
患者氏名		男・女	明昭 太平	年 月 日生	(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断 【必須】	該当を○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)				
現在の治療 【必須】	今回の申請以前から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 【必須】	核酸アナログ製剤治療開始直前の所見を記入する。 ただし、治療中の場合は直近の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs 抗原 (＋・－・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日：平成 年 月 日) HBe 抗原 (＋・－・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日：平成 年 月 日) HBe 抗体 (＋・－・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日：平成 年 月 日) (2) HBV-DNA 定量 _____ (検査日：平成 年 月 日) (単位 _____ , 測定法 _____) 2. 血液検査 (検査日：平成 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ $\times 10^4$ / μl Ca _____ mg/dl ・未実施 (未実施なら○で囲む) リン _____ mg/dl ・未実施 (未実施なら○で囲む) 3. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日：平成 年 月 日)				
治療内容 【必須】	核酸アナログ製剤の薬剤名、1日投与量を記入する。(併用の場合は複数記入) ・薬剤名： _____ , 投与量： _____ mg ・薬剤名： _____ , 投与量： _____ mg ・薬剤名： _____ , 投与量： _____ mg 治療開始日(予定を含む)：平成 年 月				
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		

(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。

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領

第1条 目 的

福岡県肝炎治療特別促進事業を実施するにあたり、事業の円滑な推進を図るため福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づき必要な事項を定める。

第2条 医療給付の申請について

実施要綱第5条に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別紙様式第1から3号による肝炎治療受給者証交付申請書（以下「交付申請書」という。）に、医師が記載した別紙様式第3から7号による肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（以下「医師の診断書」という。）、別紙様式第6号の4の2による肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医の意見書（必要な場合に限る。）、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(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、世帯調書（様式第10号）を添えて、申請者が知事あてに申請しなければならない。

第3条 対象患者の認定について

知事は、実施要綱第10条に定める認定を行う際には、福岡県慢性肝炎認定審査会（以下「審査会」という。）に意見を求め、別添1及び別添2に定める対象患者の認定基準（以下「認定基準」という。）により適正に認定するものとする。

第4条 肝炎治療受給者証の交付等について

1 肝炎治療受給者証

知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、別紙様式第8から9号による肝炎治療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

2 交付申請書等の取扱い

知事は、申請書を受理したときは受理した日（以下「受理日」という。）から速やかに当該申請に対し、その可否を決定し、否とした場合には具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。

3 受給者証の有効期間

受給者証の有効期間は1年以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）受理日の属する月の初日から起算するものとする。

なお、申請書の受付月から2ヶ月先までを限度とする治療開始月を申請書にて申出ること、起算日をその月の初日からとすることができるものとする。

第5条 対象患者が負担すべき額について

- 1 実施要綱第8条により対象患者が保険医療機関等（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。）に支払うべき額が、実施要綱第8条2に定める額（以下「自己負担限度額」という。）に満たない場合は、その全額を負担すべきものとする。
- 2 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定による被保険者については、同法上の患者負担額の範囲内で、実施要綱第8条2に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。
- 3 対象患者の負担すべき額が実施要綱第8条2に定める額のうち、最高額となることが明らかである場合は、最高限度額適用の同意書（様式第11号）を添付することにより、第2条に定める申請者と同一の世帯に属する者の地方税法（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の提出を省略することができる。
- 4 自己負担限度額の決定については、住民票上の世帯を単位とする。
ただし、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については、受給者からの申請に基づいて、当該「世帯」の市町村民税課税額の合算対象から除外することを認める。

第6条 自己負担限度月額管理の取扱い

- 1 知事は、受給者に対し、肝炎治療自己負担限度月額管理票（様式第12号）（以下「管理票」という。）を交付するものとする。
- 2 管理票の交付を受けた受給者は、肝炎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するものとする。
- 3 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抗ウイルス治療について、支払った自己負担の累積額を管理票に記載するものとする。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するものとする。
なお、当該自己負担限度月額は、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療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1人当たりの限度月額とする。
- 4 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ないものとする。

第7条 県内に転入した場合の取扱いについて

他の都道府県の受給者証を所持する者が、本県に転入し、引き続き受給者証の交付を受けようとする場合には、転入日の属する月の翌月末日までに、申請書に転入前に交付されていた受給者証の写し、住民票及び健康保険証の写しを添えて知事に届け出なければならない。

なお、この場合における受給者証の有効期間は、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。

第8条 県外へ転出した場合の取扱いについて

受給者証を所持する患者（以下「受給者」という。）が、県外へ転出し、転出先においても引き続き当該受給者証の交付を受けようとする場合には、転出日の属する月の翌月末日までに、転出前に交付されていた受給者証の写し等を添えて転出先の都道府県知事に届け出るものとする。転出先の都道府県は、当該届出を受理した旨を転出元の都道府県に伝達するとともに、転出日以降の費用を負担するものとする。

なお、この場合における受給者証の有効期間は、転出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。

第9条 受給者証の再交付

既に受給者証を有している者が、紛失、破損等の理由により再交付の申請をするときは、受給者証再交付申請書（様式第14号）を知事に提出しなければならない。

第10条 受給者証交付申請事項等の変更

1 受給者証の交付を受けた者が、申請事項等を変更しようとするときは、肝炎治療受給者証（変更・返納）届（様式第13号）に必要な添付書類を添えて知事に提出しなければならない。

2 他の都道府県に転出する場合もしくは死亡し、受給者の資格を喪失した場合には、受給者証をすみやかに県に返還しなければならない。

第11条 治療中断による受給者証の延長

既に受給者証を有している者が、本人に帰責性のない事由による重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用等によって1ヶ月から2ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間を延長するときは、助成期間が満了する3ヶ月前から満了する間までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（副作用等）（様式第17号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、2ヶ月を限度に助成期間を延長し、受給者に新たな受給者証を交付する。ただし、再治療（再投与）及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。

第12条 72週投与による受給者証の延長

既に受給者証を有している者のうち、C型慢性肝炎セログループ1かつ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を実施中の者が別添2の認定基準を満たし、有効期間をトータル1年6ヵ月まで延長するときは、助成期間が満了する3ヶ月前から満了後1ヶ月までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（72週投与用）（様式第18号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。

第13条 シメプレビルを含む3剤併用療法による受給者証の延長

既に受給者証を有している者のうち、C型慢性肝炎セログループ1型症例に対するシメプレビルを含む3剤併用療法を実施中の者が別添2の認定基準を満たし、有効期間をトータル1年まで延長するときは、助成期間が満了する3ヶ月前から満了後1ヶ月までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（シメプレビルを含む3剤併用療法用）（様式第18号の2）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。

第14条 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新

既に肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証を有している者のうち、医師が治療継続を必要と認める場合、肝炎治療受給者証交付（更新）申請書（核酸アナログ製剤治療）（様式第3号）に、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法（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、世帯調書（様式第10号）を添えて、知事に提出するものとする。その際、様式第3号の医師の診断書に代わって、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を添えることができるものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。

なお、更新の申請に係る申請書類の提出については、郵送によることも可能とする。

第15条 受給者証の取り下げ

既に受給者証を有している者から取り下げの申し出があったときは、これを認めないものとする。ただし、受給者証の審査前に取り下げの申し出があった場合についてはこの限りではない。

第16条 医療費の支払

- 1 知事が委託した保険医療機関等が要綱第5条に定める対象医療に要した費用として支払委託機関に請求する場合に当たっては、「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）」の定めるところによる。
- 2 知事は、要綱第5条に定める対象医療費の請求を受けたときは、内容を審査し、医療費を支払うものとする。

第17条 療養費の支給

- 1 知事が特に認めたときは、委託した保険医療機関等に対する抗ウイルス治療に係る医療費の支払いに代えて、療養費を支給することができる。
- 2 療養費の支給を受けようとするときは、受給者又はその扶養義務者は、肝炎治療費請求書（様式第16号）に知事が委託した保険医療機関等の領収済証明を受けて、知事あて請求するものとする。
- 3 知事は、療養費の請求を受けたときは、内容を審査し、療養費を支払うものとする。

第18条 保険医療機関等の指導

知事は、保険医療機関等に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、適正な治療が実施されていない保険医療機関等に対して、本事業における適正化の推進に必要な措置を講じるものとする。

第19条 その他

知事は、必要に応じて、本事業のより効果的な運用を資するための情報収集等を行うことができるものとする。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年12月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年1月27日から施行し、平成25年11月19日から適用する。

附 則

この要領は、平成26年10月1日から施行し、平成26年9月2日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年1月16日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年6月19日から施行し、平成27年5月20日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年12月28日から施行し、平成27年12月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年3月9日から施行し、平成29年4月1日から適用する。