

				肝 (インターフェロン:新規		台療受 3回目)/(インタ					:新規・	更新)			
		ふりがた		***************************************						性別		男		女	
<u></u>	E		名										•		
受	4	E年月	<u>日</u>			年	月	日		疾病名					
給	仨	È i	所	₹						電話()	-	_		
				被保険者氏名	3					受給者と	の続柄				
者	力	□	入 除	保険種別	J 1.		付けてくだ 組合 国保	さい 3. 船員 6. 後期高	齢	被保険者 記号・番		(記号) (番号)			
	1	- 77K 7K	150	被保険者証発 機関番号・名利		号)		((名称)						
本助成	えわ!	度利用	歴	該当番号を〇で 「1.あり」の均		><1H H H	番号(なし	_)	_		
		=r +- ı	Lila	_		有効期間] (年	月	日 ~		年	月	日)
	1	所在均	吧												
₩ ₩		名	称							電話	()	-		
受療保険医療機関 又は保険薬局	2	所在均	地	₸											
除除		名	称							電話	()	_		
医聚原局	3	所在均	地	₹											
機関	3	名	称							電話	()	_		
	_	所在均	地	₹											
	4	名	称							電話	()	_		
				療、インターフ: ,ましたので、肝					☆ かっぱい かっぱい かっぱい かっぱい かっぱい かっぱい かっぱい かっぱい	果・副作用	等につい	ハて医師が	から説明を	受け、	治療
				【申請者】	〒 住所	i				電話(電子メールアド) V3	_			
					ー ふりがな							/ 受給者	まとの続柄	<u> </u>	
					氏名										
		年		月 日											
				兵 庫 県	: 知事	様				者あてに送 ^ん 星の場合は・				ック欄	
						帯の市町村			課税年	額		担限度額		該	当
						35,000 35,000						20, 00 10, 00			
【担限度額は右の2区分となります。丿															
				類を提出しませ		B-1/1/20 1 B2C10	,	_		請者自署)					
				療の経過及び結果 電し、肝炎対策推進の	-								告内容の使用	に当た	っては、
					受給者氏			J - 1-4 1		/// 1877		07			ļ
				Eの診断書及び必要 E E な 込 壊 な 受 壊っ	要書類を添	えて、住所均				_ に提出して	ください	0			
				る肝炎治療を受療す 表福祉事務所(保修						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肝臓専門医によって他の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、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。

			「 <i>不明な点は、お信</i> 9 00 1 、第 12 関係	だまいの地域の甲請! !)	窓口にご確認く	ださい			受	付印,
,				炎治療受	給者証法	交付申	請書			<u>:</u>
)	当 <i>するもの</i> でかかか	クを選択 「歳はではい りりつに	v:新規・2 回目・3 回	目) /(インターフェロンプ	上:新規 再				
		ふりがな	ひょうこ	たろう	***************************************				間は、受付印の日 日から最大1年間	
	B	名	兵 厚	太郎					した期間です。	
受	生	年月日	昭和	33 年	3 月 3	日	疾病名	慢	性肝炎(C型)	
給	住	主 所	〒650一	0 8 7 6 中央区下山手通	5 – × – ×		電影)疾病名に	t、該当するもの。	を記入
114			被保険者氏名	兵 庫 太	郎		受給者と	の続柄	本 人	
者	加	□ 入 医療保険	保険種別		けけてください 組合 3.船i 国保 6.後j		被保険者 記号・番		(記号) ×××× (番号) ××	×××
	2		被保険者証発行 機関番号・名称	(番号) 🔨 🗡	×××	(名称) 全	≧国健康係	呆険協:	会 兵庫支部	
本助成	え制力	度利用歴	該当番号を〇で 「1.あり」の場	合 → 受給者証	2. なし 番号(×× <i>(</i> 平成 ×× 年			平成 ×) × 年 × × 月 ×	X FI)
	1	所在地	Ŧ	נאונאנאי נו	(11% ****	,1		1 1900	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	··· ii /
		名 称					電話	() —	
受 又 療 は		所在地	〒 ∴	ける予定の医療機関	関 薬局をす					
保保除	2	名 称	べて記入				電話	() –	
受療保険医療機関 又は保険薬局	3	所在地		【上ある場合は様式 て記入する(2枚 ず記入)						
悈 関		名 称		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		•	給者と申請			147
	_	所在地	₹				<i>中萌もめ</i> (<i>場合はチェ</i>		皆証の送付を希望 こ記入	90
	4	名 称				4,	電話	7	<u> </u>	······································
イング	≱—	フェロン治	療、インターフェ	ロンフリー治療、核	核酸アナログ製剤	削治療の効	果・副作用	等につい	て医師から説明る	を受け、治療
を受け	るこ	とに同意し	しましたので、肝症	炎治療受給者証の交 ニペー		•				
)訂正箇月	テルこん	は	【申請者】	〒650-0 住所 神戸市 第	0 0 0 4 [磨区 中央区	中山手	通6-×	-×		
訂正印をもしくは		•		•	庫		電話(0)電子メールアト		x x x x x x x x x x x x x x x x x x x	
•••••	•••••	•••••		^{いいがな} ひょうご 氏名 兵 庫	はな 花 子				全総者との続柄 長女	
令和]元	年9 月2	2 日		(受給者本人がほ	 申請する場合	は、押印の	 必要はあ ^り	∖ √ません)	<u>7</u>
			兵 庫 県	知 事 様	※「受給者証 申請者あて				。 チュ してください→	エック欄
			市町村民税		 民税(所得割)課税年	額		限度額(月額)	該当
		税年額に応し 5の2区分と	じて自己負 甲 なります。 Z		円以上の場合 円未満の場合				<u>0,000円</u> 0,000 円	0
-						であり 自	自己負担区			入もれ注意
			ま類を提出しませ <i>/</i>		, / , 1//	氏名(申			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、 プニイバン…の保護に、土公配庫1…. 既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。

- - 2. この中間にかかる前次信様を支票する医療機関・業局をすべて記入してくたさい。
 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 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。更新申請は受終 主治医等とよく御相談ください。
 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。

/保健所、

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肝臓専門医によって他の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、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)

	が 炎	性別			
ふりがな				, — () <u>—</u> ()	
患者氏名		男・女	年	月 日生(満 歳)
	│ │郵便番号		_	77 11 1	/III //JX./
住 所					
		電話番号	()	_	
= <u></u>	並医/+ は ぱつま 〉 医	素機関名			
診断年月	年 月 前医(あれば記載) 医	师名			
過去の治療歴	 C型肝炎ウイルスに対する治療の場合 1. 3剤併用療法(ペグインターフェーンの場合 □ 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(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 □ 直前の抗ウイルス治療がインター 	: ロン、リバビリンだ が、十分量の 24 週投 ^り り。(薬剤名 : フェロンフリー治療で	及びプロテア - 与が行われなか・	-ゼ阻害剤)のタ	台療歴))
検査所見	今回のインターフェロン治療開始前の) 所見を記人する。			
	1.B型肝炎ウイルスマーカー				
OHBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体以外の検査所見は、 <u>記載日前6か月以内</u> (ただし、インターフェロン治療開始時)の資料に基づいた。 記載してください。	 (1) HBs 抗原 (+・-) (検査日(2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体(3) HBV-DNA 定量 (単位: 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査の) (1) HCV-RNA 定量 測定値 (2) ウイルス型 (該当する項目をOセロタイプ(グループ)1、あるしてロタイプ(グループ)2、あるしてロタイプ(グループ)2、あるしてロタイプ(グループ)2、あるして 	(+・一) (検査日 、測定法 E日: : (単位: 、) で囲む) いはジェノタイプ 1	: 年)(検査日: 年 月	月 日) 年 日))	
○1. 2. は該当する項目(どちらか片方、または両方)に必ず記入してください	ALT IU/ / μ	(施設の基準値: (施設の基準値: (施設の基準値: (具体的に記載) (材	~~))) 年 月	目)
値を含めて必ず記入 してください	内容: 画像診断 • 肝生検 •	その他()	
診断	所見: 該当番号を〇で囲む。 1.慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによ 2.慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによ 3.代償性肝硬変(C型肝炎ウイルス)	5) こよる)			
肝がんの合併	肝がん 1. あり (治療中・治体	後) 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	該当番号を〇で囲む。 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 5. インターフェロン β 製剤+リバビ 6. ペグインターフェロン β 製剤+リバビ 7. その他(具体的に記載してください治療予定期間 週 (リン製剤 ごリン製剤	~	年 月))
治療上の問題点					
記載年月日	年 月 日	この診断書の記載し			
医療機関名及び所る	在地	□欄にチェックをえる。 □ 兵庫県の登録 □ 兵象番号		番号を記入してく]	ださい。
電話番号(電子メールアドレス) —	口 一般社団法人[日本肝臓学会認知	- 定肝臓専門医であ	శ్
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。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。

	川 久石 永久福 日	- 1111111111111	
5 LI 48+5	ひょうご たろう	性 別	生 年 月 日 (年齢)
ふりがな	P* P\$ _L +P		
患者氏名	兵庫 太郎	男· 女	昭和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日生(満 ○○ 歳)
	郵便番号 650-0876		
,			
	は 神戸市中央区下山手通 ニーニー	たな確認 し	、該当する項目
「〇〇年頃」と記	1 1 10		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	777 - 		ックしてください ××× - ××××
診断年月	平成 2 1 年 1月 前医(あれば語 <u>楽</u>)	削名記載漏	まれ注意 これに こうしゅうしゅ こうしゅう こうしゅう こうしゅう かんしゅう こうしゅう こうしゅう こうしゅう こうしゅう しゅうしゅう しゅう
		医師名	y-0-0-0
			する項目にチェックする。
		'┺♥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。		
過去の治療歴	□ 3剤併用療法を受けたことがあ	るが、十 分 量	量の 24 週投与が行われなかった。
近ムリカ家庭	(具体的な経過・理由:	Ì	○鈴木口 単位
	│ 2. ¼╱ У──フェロンフリー治療歴	<u> </u>	○ <u>檢查月、単位、</u>
	✓ ✓ンターフェロンフリー治療歴る	あり。(薬剤:	名:0000
	☑ を直前の抗ウイルス治療がインター	ーフェロンフ	フリー治療である。 記載もれ注意 記載もれ注意
松木記日	今回のインターフェロン治療開始前	で所見を訂	記入する。
検査所見	1. B型肝炎ウイルスマーカー		
OHBs 抗原、HBe 抗原、		_	
HBe 抗体以外の検	(1) HBs 抗原 (+・-) (検査		年月日
TIDE 抗体以外の検 査所見は、記載日	(2) HBe 抗原 (+・一) HBe 抗体	$(+\cdot -)$	(模査D: 年 月 日)
	(3) HBV-DNA 定量(単位:	沙洲定	E法 年月日)
<u>前 6 か月以内</u> (た だし、インターフ	 2.C型肝炎ウイルスマーカー <i>」</i>	<u>本</u> 口. /4	令和4 年 5月10 日)
こし、インダーフ エロン治療中の場			▼
	(1) HCV-RNA 定量 測定値 <u>5.</u>	_ <mark>7</mark> _ (単位	位:Log IU、測定法:リアルタイム PCR)
合は治療開始時)	(2)ウイルス型(該当する項目を()で囲む)	○検査日、施設の
の資料に基づいて	セロタイプ(グループ)1 ある	いはジェノ	/ タノブ 1 :
記載してくださ	セロタイプ(グループ)2、ある	いはジェノ	タイプ2
ر۱°			記載もれ注意
〇1.2.は該当す	│ │ 3.血液検査(検査日: 令和4	年 5月1	10日
る項目(どちらか	AST IU/ I		
片方、または両方)	ALT <u>25</u> 105 1		の基準値:
トログで記入してくります。 ださい	-		の基準値: <u>13万</u> ~ <u>35万</u>)
/200			<u> </u>
〇3. は施設の基準	4. 画像診断及び肝生検などの所見	し(具体的に	に記載)(検査日: <mark>令和4</mark> 年 5月10 日)
値を含めて必ず記入	内容: 画像診断 • 肝生検	・その他	(
してください	所見: A1F1		,
	該当番号を○で囲む。		○ 「1. あり (治療中)」の
- A North	L 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスに。	よる)	場合、助成対象外のため
診断	2 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスに。		認定できません
	3. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルス)	_	
ー 肝がんの合併	3. 代債圧所優多(0至所吸りイル)		(2.)なし ○診断名に対し、保険適用外の治療 …
がいるのでは		·/ ·× /	
	該当番号を〇で囲む。		内容が選択されている場合、助成
治療内容	1. インターフェロンα製剤単独		対象外のため認定できません。
心 原内谷	2. インターフェロンβ製剤単独		例) 代償性肝硬変(C型)の場合
┃ ┃ 〇 治療予定期間	3.ペグインターフェロン製剤単独	ジ ヽ . 集 ▽	→ $\int \alpha \mathbb{R} A \mathbb{R} $
(〇週)、開始年	4. インターフェロンα製剤+リバb 5. インターフェロンβ製剤+リバb		「ペグインターフェロン製剤+リバビ
月、終了年月も必	6. インダーフェロンp 製削+リハt 6. ペグインターフェロン製剤+リハ		
ず記入してくださ	7. その他(具体的に記載してくだる		列 リン製剤」 <u>以外はすべて保険適用外</u> , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
い	治療予定期間 48 週 (6 月 ~ _ 令和5年 5 月)
		2010-0-0	
治療上の問題点			● ○治療予定期間記載もれ注意
記載年月日 会和	4 年 5 月 3 1 日	この診り	
10-74 1/1 13/14			エチェックを入れ、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		
神戸市中央区の	•	⋈	<u>・庫県の登録</u> 医である
〇〇〇〇市民病			登録番号 ×××× □
)) OOO-OOO	1.2	
	××××@×××.jp	n _ i	○要件を確認し、該当する場合は、 ・般社団法人 チェック欄及び悉号の記載が必要
_	0 0 0 0		- 殿在団体人: チェック欄及び番号の記載が必要 専門医番号::::::::::::::::::::::::::::::::::::
			•
(土/ 」. 診断責の作	が かりに昇ししるが ()記載年月	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。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)

		性力	別		生	三年 月	日(年齢)		
ふりがな		Ħ	_						
患者氏名		男・	女		年	月	日生(満	歳)	
	郵便番号	I							
住 所		•	電話番	号() –	-			
診断年月	年 月 [前医(あれば記載	t) F	 医療機関名			医師名		
砂树干刀			X, /				医卵石		
	B型慢性活動性肝炎の場合	1.20.							
	口 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。					
	口 これまでにペグインターフェ			を受けていな	را _°				
	2 C型慢性肝炎またはC型代償性 (1)過去のペグインターフェロン			病汁の治病質					
過去の治療歴	(1) 過去のペクインダーフェロュ				:				
	①これまでの治療において	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	~~~~~	~~~~	及びリバビ	リン併用タ	療法の 48 週抽	役与を行っ	たが、
○承認されるために	36 週目までに HCV-RNA か								
は右欄の要件に該当す	②これまでの治療において							行った	
ることが必要です	(2)過去の3剤併用療法(ペグンロ 3剤併用療法の治療歴なし。		ン、リ	ハヒリン及び	ノロテアー	で阻告剤])の冶漿歴		
	□ 3剤併用療法を受けたことが		量の 24	週投与が行札	うれなかっ 7	t= 。			
	(具体的な経過・理由)
	(3) インターフェロンフリー治療 ロ インターフェロンフリー治療		如夕.						,
	□ インダーフェロンフリー/=/ii □ 直前の抗ウイルス治療がイン			治療である。)
	今回のインターフェロン治療開始前		_	71177 (0) 0 0					
検査所見	1. B型肝炎ウイルスマーカー	リの別先を記入	9 0 0						
		/ 松木口		Æ		п,			
OHBs 抗原、HBe 抗原、HBe	(1) HBs 抗原 (+・一)			•	• •	日)	_		
抗体以外の検査所見	(2) HBe 抗原 (+·一)						月	日)	
は、 <u>記載日前6か月以</u>	(3) HBV-DNA 定量	(単位:	、測別	定法)(検	査日:	年	月	日)
<u>内</u> (ただし、インター	2. C型肝炎ウイルスマーカー(村	全 日 :		年 月	日)				
フェロン治療中の場合	(1)HCV-RNA 定量 測定值 _	(単位	:	、測定法)			
は治療開始時)の資料に基づいて記載してく	(2)ウイルス型(該当する項目	目を〇で囲む)							
に基づいて記載してく ださい。	セロタイプ(グループ)1、	あるいはジェノ	タイプ	_ຶ ງ 1					
15000	セロタイプ(グループ)2、	あるいはジェノ	タイプ	_ຶ ງ 2					
〇1. 及び2. は診療上	3. 血液検査(検査日:			日)					
必要なものを測定し記	AST IU)				
入してください。									
〇3. は施設の基準値を	血小板数 / μ	<i>ι</i> (施設σ)基準値	i:~)				
含めて必ず記入してく	4. 画像診断及び肝生検などの所見	見(具体的に記	載) (検査日:	年	月	日)		
ださい	内容: 画像診断 • 肝生物	矣 ・ その他	()			
	所見:								
	該当番号を〇で囲む。								
診断	1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルス 2. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルス)								
	2. 慢性肝炎 (C室肝炎ワイル) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウィ								
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・		2	. なし					
	該当番号を○で囲む。	/ /		<u> </u>					
	該自留方をOC囲む。 1. インターフェロン α 製剤単複	‡							
治療内容	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								
〇 治療予定期間(〇	4. インターフェロンα製剤+!								
週)、開始年月、終了年 月も必ず記入してくだ	5. インターフェロンβ製剤+!		♦ ıl						
さい	6. ペグインターフェロン製剤-7. その他(具体的に記載して		ĦIJ)	
	治療予定期間週	_	年	月 ~	年	三 月)	,	
治療上の問題点		•	•						
		<i>Ξ σ</i> .	診断書	の記載には、	次のいずオ	1かの資料	各が必要です。		
記載年月日	5 月 日	-					してください。 してください	_	
医療機関名及び所在地		□ 11*	,,- , <u> </u>	- / / @/\10\	#∨ — / .Ø.E	., ., c nu/	.0 /200	U	
			兵庫県	具の登録医であ	ある				
電話番号()	_		[登録]		
電子メールアドレス				t団法人日本肝	T臓学会認定	を 肝臓専門	- 『医である		
医師氏名				医番号]		
(A)A we to - 1 1 110	明は、司撃ロムミも領してのムロの中では	I	2 43 1 31				-		

- (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

肝炎流	台療受給者証(インダープエロ)	/石獄/ツ文刊	中詞に徐る診	町書 (2)	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	岭)
患者氏名	 	(男) 女	昭和〇〇	年 〇	月〇	日生(満 〇〇 歳)
○明確でない場合	け		-44400		<i>,,</i>	
「〇〇年頃」と記	截 番号650-0876					
	神戸市中央区下山手通5-×-	×	電話番号	号 (078)	×××-×	
診断年月	平成21 年 1 月 前	医(あれば記載)	医療機関名 OC	市民病院	医師名	0000
過去の治療歴 〇承認されるために は右欄の要件に該当す ることが必要です	該当する項目にチェックを入れてく 1 B型慢性活動性肝炎の場合 □ これまでにペグインターフェ □ これまでにペグインターフェ 2 C型慢性肝炎またはC型代償性 (1) 過去のペグインターフェロン 以下の①、②のいずれにも該 ①これまでの治療において、36 週目までに HCV - RNA が1 ②これまでの治療において、(2) 過去の3剤併用療法(ペグイン 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(具体的な経過・理由 (3) 1 ターフェロンフリー治療	ロン製剤による治 ロン製剤による治 肝硬変の場合 及びリバビリン併 当しないことを確 十分量のペグイン 実性化しなかった ペグインターフェ マクフェロン、 あるが、十分量の	療を受けていない。 用療法の治療歴 記した フェロン及び ロン及びリバビリ リバビリン及びプロ	ング リング ン併用療法コテアーゼ N	<i>ている場。</i> ックして ○薬剤名記 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	記載漏れ注意
	✓ インターフェロンフリー治療		: 0000)
	☑ 直前の抗ウイルス治療がイン					,
検査所見	今回のインターフェロン治療開始前・ 1. B型肝炎ウイルスマーカー	の所見を記入する	0			
OHBs 抗原、HBe 抗原、HBe	(1) HBs 抗原 (+・一)	(検査日:	年 月	日)		
抗体以外の検査所見	(2) HBe 抗原 (+・一) H	Be 抗体 (+・−	-) (検査日:		年	○検査日、単位、
は、記載日前6か月以	(3) HBV-DNA 定量(i	单位: 、	則定法) (接查目		測定法
<u>内</u> (ただし、インター	2. C型肝炎ウイルスマーカー(検	查日: 令和4	年 5月 10日)			記載もれ注意
フェロン治療中の場合	(1)HCV-RNA 定量 測定値	5.7_4 (単位	: Log III、測定法:	リアルタイ	A PCR):	7 松木口 歩乳の
は治療開始時)の資料に基づいて記載してく	(2)ウイルス型(該当する項目)検査日、施設の 基準値
ださい。	セロタイプ(グループ)1、あ	るいはジェノタイ	′プ1			急生児 記載もれ注意
	セロタイプ(グループ)2、あ	らるいはジェノタイ	プ 2		/	
〇1. 及び2. は診療上 必要なものを測定し記	3. 血液検査(検査日: 令和4:				<i>/</i>	
入してください。	AST <u>20</u> IU/ ALT <u>25</u>			27		○検査日、所見
○3. は施設の基準値を	血小板数 <u>23.8万</u> /		幸値: <u> </u>			記載もれ注意
ひる. は施設の基準値を 含めて必ず記入してく ださい	4. 画像診断及び肝生検などの所見 内容: 画像診断 肝生検 所見: A1F1	(具体的に記載)	(検査日: 令和 4		10日)	
	該当番号を〇で囲む。			•) 「1. あ	り(治療中)」の
診断	慢性肝炎(B型肝炎ウイルス) 2)慢性肝炎(C型肝炎ウイルス)					か成対象外のため
	3. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルス)				認定でき	ません
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・		2. なし			70.
	該当番号を○で囲む。					険適用外の治療
:\. 	1. インターフェロン α 製剤単独					ている場合、助成 官できません。
治療内容	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				
〇 治療予定期間(〇	4. インターフェロンα製剤+リ	バビリン製剤	19.		「硬変(C型)の 製剤単独」「」	
週)、開始年月、終了年 月も必ず記入してくだ	5. インターフェロン β 製剤 + リ. 6. ペグインターフェロン製剤 +			·		ρ 表別平弧」 フェロン製剤+リバビ
さい	7. その他(具体的に記載してく)					サベで保険適用外
			月 👱 <mark>令和5</mark>			記載もれ注意
治療上の問題点				→○治療	<i>予定期間</i>	記載もれ注意
記載年月日 令和 4 年	<u> </u>	この診断	書の記載には、次	のいずれかり	○要件を確	確認し、該当する場合
医療機関名及び所在地		口欄にチ	ェックを入れ、該	当する番号	は、チュ	ェック欄及び番号の記
神戸市中央区〇〇町×	×番地		5個の登録医でもで		載が必要	罗
〇〇〇〇市民病院	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		i県の登録医である 録番号 ××	××	1	
電話番号(OOO) OC 電子メールアドレス ××××				学企 認完既		
医師氏名 〇 〇			記載年月日	己載もれる	生意(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)

		12.00.07	性別	1			(左松)	
ふりがな			1生 加		<u>_</u>	年月日	(十四)	
患者氏名			男・女		年	月	日生(清	満 歳)
٠,	郵便番号							
住 所		T			電話番号	()	_
診断年月	年 月	前医(あれば	ば記載) 🛭 🛭	医療機関名			医師名	
過去の治療歴 〇承認されるために は右欄の要件に該当す ることが必要です	該当する項目にチェックを入 □ これまでにインターフ: ペグインターフェロン製剤	ェロン製剤	(ペグイン		ロン製剤を	除く)に	よる治療	を受け、その後
	今回のインターフェロン治療	開始前の所	見を記入す	る。				
検査所見 OHBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体以外の検査所見 は、記載日前6か月以	1. B型肝炎ウイルスマーカ (1) HBs 抗原 (+・ (2) HBe 抗原 (+・	一) (7一) HBe 技	亢体 (+	• -)	(検査日:		-	月 日)
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。	(3) HBV-DNA 定量 2. 血液検査(検査日: AST ALT	年 	月 (施設の	日) 基準値: ₌) (? ~~		年	月 日)
○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	3. 画像診断及び肝生検など 内容: 画像診断 所見:				∄:	年	月)	日)
	該当する項目にチェックする	0						
診断	ロ 慢性肝炎(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	療中・ 治り	b後)	2. な	L			
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	該当番号を〇で囲む。 1. ペグインターフェロン 2. その他(具体的に記載		い :)
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	書の記載に	は、次のいる	ずれかのタ	資格が必要	です。
医療機関名及び所在地 電話番号 ()	_		□欄にチュ □ 兵庫県 [登録	県の登録医	れ、該当す [、] である	る番号を割	記入してく]	ださい。
電子メールアドレス				t団法人日 医番号	本肝臓学会	認定肝臓	専門医であ]	58
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。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。

	加火作	1原文和石証(インダーフェロン ひょうご たろう	性別	申請に係る診断書(3回目の制度利用) ────────────────────────────────────								
(7) (中部) とお歌	ふりがな	ひようこ たろう		生年月日(年齢)								
#	○明確でない場合		男 女	昭和○○ 年 ○ 月 ○ 日生(満 ○○ 歳)								
#	「〇〇年頃」と記	<u>載</u> 更番号650-0876										
		神戸市中央区下山手通5-×-:	× 電話者	番号(078)×××−×××× ·								
 選表の治療歴 ○承認されるためには西側で門に該当する項目にチェックを入れてください。 ペグインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除てアによる溶液を受けている。 ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。 (の形の流馬・肺の 抗原、肺の 抗原、肺の 抗原、肺の 抗原、肺の 抗原、肺の 抗原、肺の 抗原、肺の 抗原、肺の 内の クラス・ロン治療 開始前の所見を記入する。 (1) 旧83 抗原 (・・・) 旧83 抗原 (・・・) 旧84 抗原 (・・・) 保査日・令和4年5月10月 (3) 旧87-DMA 定量 5.7 (単位:Log IU、測定法・リアルタイムを図)に立つい治療中の場合は治療肺時的の 内容はに近づいて記載してください。 (3) 旧87-DMA 定量 5.7 (単位:Log IU、測定法・リアルタイムを図)に立ついる地域のの表達による可いて記載してください。 (3. は施設の基準性・会互ものを測定に入してください。 (3. は施設の基準性・会互ものを測定に入してください。 の3. は施設の基準性・会互ものを測定に入してください。 (3. は施設の基準性・会互ものを測定に入してください。 の3. は施設の基準性・会互ものを測定に入してください。 の3. は施設の基準性・会互ものを測定に入してください。 が発生 アンフラム・発生性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) が発生 アンフラム・発生性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 原体性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) が発生 アンフラム・発生性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) が発生 アンフラム・発生性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 原体性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) が発生 アンフラム・発生 (B型肝炎ウイルスによる) が発生 アンフースの (経療) か成対象外のため 説定できません 財がん 1. あり (治療中)の場合・ おり食) 2 なし が発生 アンフースの (経療) が成対象外のため 説定できません 治療 ・ 令和4 年 5 月 31 日 (金属) か成対象外のため によるが深水助成対象 治療 ・ で利4 年 6 月 ~ 令和5 年 5 月) 治療 ・ で利4 年 5 月 31 日 (ののの) ののの へののの 電子・リリド は スペンスペンスメンのの (国際による) のの (国際によるの) のの (国際に	診断年月		医(あれば記載)	医療機関名 〇〇市民病院 医師名 〇〇〇〇								
検査所見	〇承認されるために は右欄の要件に該当す	✓ ← れまでにインターフェロ	ン製剤(ペグイ	ている場合は、必ずチェックしてください。 ハクしてください。 ハンターフェロン製剤を除くかによる治療を受け、その行いる。 の検査日、単位、								
1. B型計模・サイルスマーカー (対数目的 原 抗原、旧き抗原、旧き抗原、旧き抗原 (ナ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		 今回のインターフェロン治療開始 	台前の所見を記入									
(2) HBe 抗原 (+・・・) HBe 抗体 (+・・) (協会日: 令和4年5月10日) は、証益目前もか月以 (3) HBV-DNA 定量 5.7 (単位: Log IU、 測定法: リアルタイムP2) (持支 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P2) (持支 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P2) (持支 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P2) (持支 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P2) (持支 で 令和4年5月10日) (3) HBV-DNA 定量 (持支 で で で で で で で で で で で で で で で で で で で	検査所見	 1. B型肝炎ウイルスマーカー										
○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。 血小板数 23.8万 / µ I (施設の基準値: 13万 ~ 35万) ○検査目、所見 記載もれ注意 ○3. は施設の基準値を 含めて必ず記入してく ださい 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・肝生極・その他() 所見: A1F1 ・ その他() 診当する項目にチェックする。 // 慢性肝炎(日型肝炎ウイルスによる) 少し お療内容 ○ 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 ション ○ 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 1 へ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 48 週 (令和4 年 6 月 ~ 令和5 年 5 月) 治療上の問題点 ごの診断書の記載には、次のいずれがの溶核が必要、 ・ 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 (○○○) ○○○ ○○○○ ○○○○○ 電子がいいる ××××× (○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	抗体以外の検査所見は、 <u>記載日前6か月以</u> 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	(2) HBe 抗原 (+・-(3) HBV-DNA 定量 <u>5.7</u> 2. 血液検査(検査日: 令和 4 AST <u>2 0</u> I	HBe 抗体 (- (単位:Log IU、 年 5月 10 U/I (施設	+・・								
	0. 7.10 11.50 11.50	ALT <u>25</u> †	ALT <u>25</u> 1 (施設の基準値: <u>6 ~ 27</u>)									
診断 図 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)	必要なものを測定し記入してください。 〇3. は施設の基準値を含めて必ず記入してく	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 (
診断 図 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)		該当する項目にチェックする。										
 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 治療予定期間 48 週 (令和4 年 6 月 ~ 令和5 年 5 月) 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○○町××番地 ○○○○市民病院電話番号 (○○○) ○○○ -○○○○電子メールアドレス ×××××@××・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	診断		ノスによる)	場合、助成対象外のため								
 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: 治療予定期間 48 週 (令和4 年 6 月 ~令和5 年 5 月) 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○○町××番地 ○○○○市民病院 電話番号(○○○)○○○ -○○○○ 電子ナールアドルス ××××× ※×××・・jp 定がまる 2 ○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	肝がんの合併	肝がん 1. あり (治療中	治ゆ後)	2 なし								
記載年月日 令和4 年 5 月 3 1 日 医療機関名及び所在地 神戸市中央区○○町××番地 ○○○○市民病院 電話番号(○○○)○○○ -○○○○ 電子メールアドレス ×××××@××・.jp 「専門医番号 この診断書の記載には、次のいずれかの資格が必要です。 「専門医番号 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した。 「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 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	○ 治療予定期間 (〇 週)、開始年月、終了年 月も必ず記入してくだ	1 ペグインターフェロン製剤 2. その他(具体的に記載して	こください:	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								
 E療機関名及び所在地神戸市中央区○○町××番地 ○○○○市民病院 電話番号(○○○)○○○ -○○○○ 電子メールアドレス ×××××@××・.jp 「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 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」 	治療上の問題点			○治療予定期間記載もれ注意								
 E療機関名及び所在地神戸市中央区○○町××番地 ○○○○市民病院 電話番号(○○○)○○○ -○○○○ 電子メールアドレス ×××××@××・.jp 「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 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」 		E 5 B 31 P	<u>こ</u> の診断	<u> </u>								
	医療機関名及び所在地 神戸市中央区〇〇町: 〇〇〇〇市民病院 電話番号(〇〇〇)〇 電子メールアト・レス ×××	××番地 2000 -0000 ×××@×××. jp	□欄にチ ✓ 兵庫 [登 □ 一般	チェックを入れ、該当する○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庫県の登録医である載が必要登録番号××××設社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である								

- 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)

/2			· INHA /		(7137H /	<i>X</i> () • •	7713		V U HZ		(4717	907	
ふりがな					性力	別		生	年 月	日(年	齢)		
患者氏名					男・	女		年	月	日生	E(満	歳)	
	郵便番号					-							
住 所													
					1		番号 ()	-	_			
診断年月			前	_	医療機	幾関名							
112141111	年 月		(あれば記	載する)	医師名	各							
現在の治療	該当番号を〇で囲む		生の核酸ア りの場合、					の必要	1. あ 1. あ		2.な 2.な		
		核西		·製剤治療	· 療開始前	前のデ-	ータ		直䜣	のデー	タ		
検査所見			り場合は確認					(治療開				は記載不要)
风丘///九	1.B 型肝炎ウイ	(検査	日:	年	月	日)		(検査日	:	年	月	日)	
〇2. は施設の	ルスマーカー	(1)		•	••	,		()/12		·	•	,	
基準値を含 めて必ず記	(1)HBs 抗原	(+ •	一)抗原促	fi (;測定	₹法)	(+ • -)抗原研	Ti (: 3	則定法)
入してくだ	HBe 抗原		-) 抗原促		;測定)	(+ • –				···定法)
さい	HBe 抗体		一)抗体值		;測定)	(+ • –				li定法)
〇3. は特記す	(2) HBV-DNA 定量		(単位)		<i>、</i>		測定:)
べき所見が あれば具体		(検査		· 、 年	月		,	(検査日	_		月		,
的に記入し	2.血液検査 AST		ロ: IU/ I(抗	•			,		: IU		Я	日)	
てください	ALT		10/						IU				
	血小板数		_10/ 「 () / µ ()										
			<u>-</u>							΄μΙ	_		
	3.画像診断及		日:			日)		(検査日		•	月	日)	
	び肝生検な		多断・肝生	険・その作	也()	画像診断	⋷・肝生れ	険・その	他()
	どの所見	所見:	:					所見:					
	該当番号を〇で囲 1. 慢性肝炎		エ松ウイル	.7 I- F 2	3)								
診断	2. 代償性肝												
	3. 非代償性	肝硬変	(B型肝炎	ウイルス	スによる	5)							
肝がんの合併			(治療中				2. なし	,					
治療内容	該当番号を〇で囲 1. エンテカ		†用の場合に	は複数選択	()								
冶旗内谷	2. ラミブジ												
〇 開始年月	3. アデホビ												
日も必ず記 入してくだ	4. テノホビ												
さい	5. その他(具体的に	こ記載して	ください	(1))			
	治療開始日	(予定を	<u>を含む)</u>		年	ļ	月	且		,			
治療上の 問題点													
記載年月日	年	月	日		١.	- ∧ =∧	Wr ま のき	:¬ ++ 1 − 1 +	' # ~ \ \	ر <u>د</u> ملا تا	アンタ +ね	ᅶᆳᇑᆓ	:
医療機関名	及び所在地							<u>記載には、</u> クを入れ、					
					,	□ =	使用小き	登録医であ	z				
					'	-	:単宗の1 : 登録番号		<i>a</i>			1	
電話番号	()	_				L 50	ᅩ까曲ᄀ					,	
電子ゲルアト	•				,		前几 土土 一つ 、	+	ᅲᅭᄼ	. 등회 c는 e r :	╩╪╒	8 医 マナラ	,
							·般在团》 \$門医番	法人日本肝 ·므	- 臧子会	認正計.	臧守门		D .
医師氏名						L与	FI」 左 笛	· 与]	
		十二記載	日から記憶	「I てるか	日以内:	です							

- - 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。

	<u> 什灸冶療受</u> 給	<u>有</u> 訕	(核酸アナログ製	<u> 利治</u>	<u> 徐</u>)(<u>り父付</u> り	世請に	-係る診断	書 (新規	
ふりがな	ひょう	=	たろう	性	別			生年月日	(年齢)	
患者氏名	, ,		太郎	運	. 女	昭和	OO ±	₹ ○ 月 ○	日生(満 () (歳)
	郵原番号 6 5 0 場合は: 地戸 ま									
「〇〇年頃」	と記載・一种アプロ	1大区	下山手通5-×-	- x	雷討	括番号 ((078) 341-×	×××	
診断年月	平成 2 1 年 1 月		前 医 (あれば記載する)	医卵医卵	聚機関名		卜民病院	₹ <i>○</i> ∄		の有無、継続を記載
現在の治療	該当番号を〇で囲む		L 在の核酸アナログ製 りの場合、核酸アフ	製剤治	療の有	無		1. あり 1. あり	<u>2.</u> なし	
		核	酸アナログ製剤治療	奈開始	前のラ	データ		直近の元	データ	
検査所見		(不明	の場合は確認できる最も	古い	データを	·記載)	(治療	療開始後3ヶ月	以内の者は	記載不要)
〇2. は施設の	1.B 型肝炎ウイ	(検査	至日: 平成29年	3月	10日)	(検査	日: 令和4	年5月10	日)
基準値を含 めて必ず記	ルスマーカー (1) HBs 抗原	(+)	一)抗原価(×× >	· : : : : : : : : : : : : : : : : : : :	完生 🕥	(○ .	_) 坊原価 (定法 ××××)
入してくだ	HBe 抗原		一)抗原価 (××)							定法 ××××)
さい	HBe 抗体) .	(一) 抗体価 (×××)				\			定法 ××××)
○3. は特記す べき所見が	(2) HBV-DNA 定量	6.	(単位∶Log コピ-/ml	、測定	法:リ アル	ቃ ረ ል PCR_)		$lue{}$		法:リアルタイム PCR_)
あれば具体	 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	o ■
的に記入し てください	AST	20		値:	13	33)		20 IU/ I	↑	
	ALT	2 5	 IU∕ (施設の基準	値:	6	27)		25 IU∕।		
	血小板数	<u>23. 8</u>	<u>万</u> /μ I (施設の基準	≛値 : ₫	<u>3万</u> ~	· <u>35 万</u>)		23.8万 /μ	11	/
	3.画像診断及	(検査	至日: 平成 29 年	<mark>3</mark> 月	10日)	(検査	日: 令和4	年 5 月 1人	0 目)
	び肝生検な	画像	診断(肝生検・その作	也(7	画像部	诊断·肝生槍	その他()
	どの所見	所見	A 1 F 1				所見:	A1F1		
	該当番号を〇で囲 (1) 慢性肝炎		肝炎ウイルスによる	5)				,		
診断	2. 代償性肝	更変 (が受けれたによる B型肝炎ウイルスに (B型肝炎ウイルス	こよる				記載も	れ注意	川定法、所見
肝がんの合併	肝がん 1.	あり	(治療中・治ゆ	後)		(2.) なし		•	<u>ウイルス』</u> ので注意)	量の記載漏れ
			併用の場合は複数選抜	(5				-: <u>//-39 / 1</u>	<u> </u>	=
治療内容	1 エンテカ 2. ラミブジ			\mathcal{C}	肝がん	ノとの合併	学の有無	・治療開始	日記載もれ	注意
〇 開始年月	3. アデホビ			1			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		•••••	:
日も必ず記 入してくだ	4. テノホビ		,_===+b					○更仕を	確認 1 対	当する場合
さい	5. その他(. (具体的	に記載してください	(1)				•		び番号の記
	<u>治療開始日</u>	(予定	を含む) <mark>令和 4</mark>	4 年	6	月 <u>1</u>	日	載が必	要	
治療上の 問題点								<u>-</u>		
記載年月日	令和 4 年 5	月 3	1 日		- n=	沙岻事の=	⊐ # 1 -⁄ 4	- 70 N #A	/ a かの姿物 #	が必要です
医療機関名	及び所在地									<u>が必要です。</u> してください。
神戸市中央区○○町××番地 「登録番号 ×××× □]									1	
	〇市民病院		○記載年	F P	l			 3ヶ月以内)		,
	(000) 000- *\u00e4xxxx@		J i	7 P	ГШ		美人日本	3 左月以内) 以肝臓学会認为	: 定肝臓専門	医である っ
					'		7			7
医師氏名										
(注) 1.	診断書の有効期間に	は、記載	战日から起算して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)

			性別		生 年 月		<u>Δ</u> \		
ふりがな			生加		土平月	口(午)	לח.		
患者氏名			男・女						
i V			<i>y</i> , <i>y</i> ,		年 月	日	生(満	歳)	
	郵便番号								
住 所									
L 171									
					電話番号(.)			
診断年月		前医	医療機関	月名					
	T 73	れば記載する	医師名						
	該当する場合、チェックする。 ロ インターフェロン治療歴あ	П							
	□ インダーフェロン冶療歴の (チェックした場合、これ。		容について該	当項目をOで囲む)					
過去の治療歴	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)			,		
2000 水瓜	イ.ペグインターフェロン、 3剤併用療法(中止・		あよびノロテ	アーゼ阻害剤(楽角	刊名:)		
	ウ・上記以外の治療	37/111						,	
	(具体的に記載:)	
	今回の治療開始前の所見る								
	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	直)	单位: 、	測定法)	
	(2)ウイルス型(該当		<u>ーー</u> を○で囲む						
	セロタイプ(グル・								
	セロタイプ(グル	. , ,							
検査所見	上記のいずれも診				がちる坦	タイナ 記載		,	`
	上記のいりれも影	メコレない	、ノエノツ	コン仮国ノーダ	いめの必	口は記戦	•	,	/
〇検査所見は、 <u>記載</u>	2. 血液検査(検査日:		左	月 日)					
日前6か月以内(た						`			
だし、治療中の場	AST			記の基準値:_					
合は治療開始時)	ALT			記の基準値:_	~_				
の資料に基づいて	血小板数	/ µ	<i>t</i> 1 (1)	記設の基準値:_	~_)			
記載してくださ	3. 画像診断及び肝生検な	ょどの所見	(具体的に	記載)(検査日	:	年	月	日)	
い。	内容: 画像診断					-)		
	所見:	<i></i>	• • •	`			,		
〇2. は施設の基準	2								
値を含めて必ず記 入してください	4.(肝硬変症の場合)Ch	i Id-Pugh :	分類(検査	日:	年	月	日)		
70000		結果	施設基準値	1点	2	点	3	· 3 点	Ī
	肝性脳症			ロなし	□軽度(I • II)	口昏睡(Ⅲ以上)	1
	腹水			ロなし	口軽度		口中等原		1
	アルブミン値(g/dL)			□3.5超	□2.8~	3. 5	□2.8未		1
	プロトロンビン時間(%)			□70 超	□40 ~ 7		□40 未		1
	総ビリルビン値 (mg/dL)			□2.0 未満	□2.0~	3. 0	□3.0 起		1
	合計:		₹ Child-P					<u>-</u> で囲む。)	_
診断	該当番号を〇で囲む。		1	J.: 7270¢ N	<u> </u>				
○非代償性肝硬変に	- 該当番号をして囲む。 - 1. 慢性肝炎(C型肝炎	8ウイルフ	による)						
対 <u>する治療はソホス</u> ブビル/ベルパタス	2. 代償性肝硬変(C型)) XChild_Pud	h 分類 Δ I	- 限ス			
ビル配合剤による治	3. 非代償性肝硬変(0)						限る		
療のみ助成対象						~ 0 0 10	-124 W		_
肝がんの合併	肝がん 1.あり(治ゆ後)	2. なし					
治療内容	インターフェロンフリー	-治療							
	/ ** ÷1 5							,	
※ 開始・終す年月 を必ず記入してく	(薬剤名:)	
ださい。	治療予定期間	週(年	月 ~	年	月)			
治療上の問題点	ALIW L VENILLI	<u> </u>		/ 1		73 /			
カネージ回径系			この診り	新書の記載には、	次のいずり	かの咨抜	が必要で		_
記載年月日	年 月 日		口欄にき	チェックを入れ、	該当する番	号を記入	してくだ	さい 。	
			※ソホン	スブビル/ベルパ	『タスビル暦	配合剤によ	る非代償	性肝硬変の	2
医療機関名及び所る	生地		治療に	ついては一般社団	法人日本	干臓学会認	定肝臓専	.門医に限っ	<u>Š</u>
			て診断す	書の記載を可能と	する。				
				車県の登録医であ	ス				
電話番号() –			■宗の豆鋏広での :録番号	٠		1		
電子メールアドレス	,			. pr. 四 · J			7		
				设社団法人日本肝	臓学会認定	肝臓専門	医である		
医師氏名			[専	門医番号]		
<u> 区削风石</u>									

- (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。

様式2-5号(第7の1関係) (○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(インターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(新規)

	ひょう	こた	ろう	性別			生 年	月 日 (4	· 生龄)
ふりがな				1 773			<u> </u>	/) H (-	T 1917
患者氏名	兵 丿	車 太	郎	便·女					
,					昭和	00	华 O	月 O	日生(満 〇〇 歳)
○明確でない場	<i>拾は</i>	0 – 0 8	76						
「〇〇年頃」と	記載 神戸市中	央区下L	山手通 5 一 >	< - ×		康	活来只 (مده. ۳.۰۰۰	A.A.d
·						\mathcal{C})該当す	るもの	に、必ずチェックして
\	4 TT -B		前医	医療機関	関名〇〇市	民 #	くださ	V	
診断年月	▲平成		(あれば記載する				薬剤名	記載漏る	れ注意
	2 1 年 1月 該当する場合、デ		7			<u> </u>			
	☑イメターフェロ	コン治療歴る	あり。						
	(チェックし マーペガイ ・	ノた場合、こ	<u>これまでの治</u> 療戍 Jン及びリバビ↓	内容について診	(古は・声機	で囲む)	_		
過去の治療歴	(1) A 2 1 2	ターフェ	コンスGリハビ コン、リバビリン LD・ 善燃・無効)	ンおよびプロテ	アーゼ阻害	·無劝) 剤(薬剤	名: 0	000	
	3 剤併用ウェル 1 日前 1 日	月療法(中」 外の治療	上・再燃・無効)						○検査日、単位、
		りに記載:							測定法
	今回の治療開	始前の所	見を記入する	,	1		//	/	記載もれ注意
	1. C型肝炎	ウイルス	マーカー(楢	备合日· ←	和4 年	5月	10日) / :	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
		-	測定値 5	·	±/±/100			•	リイム PCR)
					_	10、次	1. 压压。	97709	7 A FUIL)
			該当する項目			_0 _4			
			ブループ)1~ ****						○検査日、施設の
検査所見			ブループ) 2、 で						基準値
	上記(のいりれ	も該当しない	・(シェノダ	1 ノ快宜		73 00 00 1	易合は記	■ 記載もれ注意
〇検査所見は、 <u>記載</u>	2. 血液検査	/		午 = □ -					••••••
日前6か月以内(た		(快宜口			起設の基準	法	10.		、 ○ ○
だし、治療中の場	AST ALT		20 IU.		®設の基準 ®設の基準				•
合は治療開始時)	血小板数				^{也設の基準} 拖設の基準		<u>6</u> ~ 13 万~		記載もれ注意
の資料に基づいて	1111/11/11/11/11/11/11/11		<u> </u>	μ ()	也故の本年	=11년 :	10 /1	30 /J	
記載してくださ	3. 画像診断	及び肝生	検などの所見	(具体的に	三記載) (検査日	令和	14 年	5.月.1.0.日)
ر۱ _°	内容:	画像診断	• 肝生樹	食)・ その)他 (●○検査日、結果、
○○ は歩訊の甘港	所見:	A 1 F	1						施設の基準値
〇2. は施設の基準 値を含めて必ず記	· /	- I - A - A - A - A - A - A - A - A - A				_	/		記載もれ注意
ļ		Eの場合)	Child-Pugh		日: 令	和4		月10日	
○診断:いずれ	<u> </u>		結果	施設基準値	1	点		2点	3 点
選択	F性脳症 T性脳症				√なし			(I · II)	
○肝硬変症の場合					✓なし		口軽度	•	口中等度以上
Child-Pugh	アルブミン値		3. 2	4.1~5.1			∠ 2. 8⁄		□2.8 未満
分類の記載必須				70~120	☑70 起		□40~		
***************************************	····· ·・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			0.2~1.2		_	□2. %		○該当するもの
		合計:	<u>6</u> ;	点 Child-F	ugh 分類	Į (A)	₽ · C	(該当す	
診断	該当番号を○								クしてください
<u>○非代償性肝硬変に</u> 対する治療はソホス			肝炎ウイルス						○合計、分類、記
ブビル/ベルパタス ビル配合剤による治			C型肝炎ウイ						
療のみ助成対象	3. 非代償	性肝硬変	(C型肝炎ウ	フイルスによ	:る) ※Ch	ıi Id–Pι	igh 分類	B 及び (אין ביו
 肝がんの合併	肝がん	1. あり	(治療中・	治ゆ後)	2	なし	0	Г1. å	あり (治療中)」の場
	インターフ	ェロいコ	山 —治療			—	•	合、認定	<i>定基準を満たさない</i>
治療内容	<u> </u>	エロ フフ	ノ /口7京					ため認定	官できません
※ 開始・終了年月	(薬剤名:	00	00 _				٠		······································
を必ず記入してく ださい。	公康之中		O '⊞ /	Δŧπ 4≠	7 -		4⊓ 4 Æ	1.0	B \
	治療予定	期間 <u>1</u>	<u>2</u>	令和4年	* 月	~ \		10	
治療上の問題点				= ⊕ =∆l	にまるごお	1-14			治療予定期間記載
記載年月日 令	和4 年 5 月	10 🗆		この診り	<u>断書の記載</u> チェックを	<u>には、</u>	火化 类	れ注意	
	m +	, 10 н						配合剤に	よる非代償性肝硬変の
医療機関名及び所有	\			治療に	ついてはー	般社団	法人日本		・認定肝臓専門医に限っ
神戸市中央	·区OO町×\×	番地		て診断	書の記載を	可能と	する。		
0000	市民病院				車県の登録	医であ	る		
電話番号 (〇〇		2000			^ᆍ 飛び豆跡 ễ録番号		•]
電子メールアドレス、×		1					n44-337 C =-	n n.v. =-	100 m - 4 - 5
	0.000	1/2			般社団法人 門医 番号			定肝臓専	門医である
<u>医師氏名</u>	0000					~	×××		
○記載年月日	記載もれ注意	(直近3	ヶ月以内)					る場合は	は、チェック欄及び
:2記入漏れか	がある場合は、認定	できないこ	どがあるのでご	7 0	番号の記				
3. 肝がんの合	お併があり、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)

		ılı dı	生別		<u> - - - - - - - - </u>		日(4			
ふりがな		1.	エ カリ		エ	+ /	ı H /-	一四7/		
患者氏名		男	・女		年		月	日生(法	歳)
	郵便番号				+		л	口土(. /凹	凉
住 所										
					電影	括番号	()	_	
診断年月	前 日 年 月 (あれば記載		医療機関 医師名	月名 						
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。チェ 1. インターフェロン治療歴 □ インターフェロン治療歴あり ア. ペグインターフェロン、リバビ 3 剤併用療法(中止・再燃・無 ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載: 2. インターフェロンフリー治療歴 ロ インターフェロンフリー治療	。 バビリン併 バンおよ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	排用療法 (∶びプロテ	中止・再燃・: アーゼ阻害剤	無効))) (概執)
	今回の治療開始前の所見を記入) (ж из	<u> </u>				(-1-11-	TJ MiN N	W 2/J/
検査所見	1. C型肝炎ウイルスマーカー (1) HCV-RNA 定量 測定値 (2) ウイルス型 (該当する) セロタイプ(グループ)1 セロタイプ(グループ)2 上記のいずれも該当した	(検査F 項目を(、ある !、ある	(単 つで囲む いはジェ いはジェ	⊑ノタイプ´ ⊑ノタイプ´	、測式 1 2		日)	載:))
○検査所見は、 <u>記載</u> 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	2. 血液検査(検査日: AST ALT 血小板数 その他の血液検査所見(必)	IU/ IU/ /μ	(施 (施	設の基準値 設の基準値 設の基準値	<u> </u>	~ ~)))		١
記載してくださ い。	し 3. 画像診断及び肝生検などの 内容: 画像診断 ・ 肝 所見:		具体的に • その		査日 :		年	F)	J 目)
○2. は施設の基準 値を含めて必ず記 入してください	4. (肝硬変症の場合) Child-P 結		頁(検査 設基準値	1点			点	日)	3 点	
70000	肝性脳症			口なし			(I • II)		睡(Ⅲ以	- 1
	腹水 アルブミン値 (g/dL)			□なし □3.5超		軽度 2.8~	3 5		等度以. 8 未満	<u> </u>
	プロトロンビン時間(%)			□70超		40~7			未満	
	総ビリルビン値(mg/dL)			□2.0未	:満 🗆	2.0~	·3. 0	□3.		
	合計: 点 Child-Pu	gh 分	類 A·	B·C (該	亥当する	方を(つで囲む	;。)		
診 断 ○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	該当番号を〇で囲む。 1.慢性肝炎(C型肝炎ウイ) 2.代償性肝硬変(C型肝炎 3.非代償性肝硬変(C型肝	ウイルス	スによる)※Child- る)※Chil	-Pugh 分 Id-Pugh	類AI 分類 I	に限る。 3 及び 0	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 ※ 開始・終了年月	インターフェロンフリー治療 (薬剤名:)		
を必ず記入してく ださい。	治療予定期間 週 (年	月 ~		年	月)		
本診断書を作成 する医師	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、♪ □ 肝疾患診療連携拠点病院に常					となり	ません。)		
治療上の問題点										
	前とは異なるインターフェロンフリ- う必要があると診断します。	一治療	この診 □欄に	<u>断書の記載</u> チェックを	には、グ	マの資 亥当す	格が必 る番号	要です。を記入	してくた	ささい。
記載年月日	年 月 日			疾患診療連		病院に	常勤す	る日本朋	干臓学会	認定
医療機関名及び原	听在 地		肝臓	専門医であ	る					
			[卓	門医番号]	
電話番号(電子メールアドレス) –									
<u>医師氏名</u>										

- (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。

> 11 184-	11 92 /1							の文刊 中語に			
ふりがな 		ひよ	うご	ıc	ろう	1至	別		生年月	日(年	三国市ノ
○明確でない場「○○年頃」と	訂制 :		庫	太	郎	9	・女	昭和 〇〇	年 〇 月	〇 日生	(満 6 1 歳)
		号6									
	*	申戸市	中央	区下し	山手通 5 一:	$\times - \times$.A.1
診断年月	平成 2	1年 1	月		前 医 (あれば記載す		医療機関 医師名	名〇〇市民	ください)	二、必ずチェックして
						クした	場合、	これまでの治[○薬剤名記	己載漏れ	ル注意
		インタ インタ			治療歴 治療歴あり。						
	ア	. ペグィ	インター	-フェロ	コン及びリバビ			中山・再燃・無効			,
過去の治療歴	1				」ン、リハヒリ L・再燃・無 効		T	アーゼ阻害剤(薬	· 利名:		,
	ウ	. 上記以							/		
		′ンター		コンフ	リー治療歴			₹			
- トナデロ	<u>✓</u>	インタ	一フュ	ロンで	フリー治療歴 見を記入する	<u>あり。</u> ス	(薬剤	名: 000	0) (‡	・正・再燃・無効)
検査所見	1. (C型肝:	炎ウィ	ルス	マーカー(ホ	検査日	: 4	和4 ◆年 5		1	● ○検査日、単位、
○検査所見は、 <u>記載</u>	()	1) HC\ 2)ウ.	V-RNA イルス	定量	測定値 該当する項目	5. 7 日を○	▼ (1 で囲む	单位:Log IU、	測定法:リ	アルタ	<u>測定法</u> 記載もれ注意
日前6か月以内(た		<u>₹</u>	コタイ	プ(ク	ブループ) 1つ	あるじ	ほジ:	ェノタイプ1			印製りから
だし、治療中の場合は治療開始時)		セレ	コダイ 記のい	ノ(ウ ずれ	バループ)2、 も該当しない	めるい ハ(ジ:	いはン ェノタ	ェノタイプ2 イプ検査デー	タがある場	合は記載	○検査日、施設の
の資料に基づいて	2 -				: 令和4			·			基準値
記載してくださ	A	ST	且(17 9	타다	2 0 Il	J/ I	(放	設の基 準値:		33	記載もれ注意
ر۱ _°		LT 血小板	数		25 IU 23.8万/		 (旅	函設の基準値: 施設の基準値:	<u>6</u> ~_ 13 万~	<u>27</u> 35万)	
〇2. は施設の基準				検査	所見 (必要)	に応じ	て記載				♪ ○検査日、所見 記載もれ注意
値を含めて必ず記 入してください											······
70000		画像診Ⅰ 内容:		肝生 診断	検など の所 り 肝生材	見(具格)・	体的に その		∃: 令和4	4 年	5 .月. 1 . 0 .日.)
		听見:		1 F			(0.				● ○ <u>検査日、結果、</u> 施設の基準値
	4. (肝硬変	を症の	場合)	Child-Pugh			日: 令和4	5月	10日)	
○診断:いずれ	カ :	脳症			結果	施設	基準値	なし	2. □軽度(□昏睡(Ⅲ以上)
選択	5 -1							✓なし ✓なし		1 - п)	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
○肝硬変症の場 Child-Pug 分	宣ル	ブミン	ノ値 (g	/dL)	3. 2		~5.1	□3.5超	∠ 2.8~		□2.8未満
の記載必須		トロン リルヒ	ごン値	可间((mg/ d	(%) 95. 1 (L) 0. 5		<u>~120</u> !~1. 2	☑70 超 ☑2.0 未満	□40~7 □2:0~		
=A Nor	<u></u>			· 信	<u>6</u> ←	点 Ch	nild-P	Pugh 分類 ($B \cdot C$	該当す	に、必ずチェッ
診 断 ○非代償性肝硬変に		番号を(肝炎ウイルス	7 I- F	Z)				クしてください
▍対する治療はソホス	_							o) ※Child-Pu	gh 分類Aに	限る:	〇合計、分類、記
ブビル/ベルパタス ビル配合剤による治 療のみ助成対象	3.			-				る)※Child-			載漏れ注意
肝がんの合併	肝力	がん	1.	あり	(治療中	治内	▶後)	2 t			り(治療中)」の場
治療内容	イ:	ンター	フェロ	ンフ	リー治療						E基準を満たさない できません
※ 開始・終了年月	(3	薬剤名	:	00	00 🜊				•		
を必ず記入してく ださい。	治	台療予定	定期間	1		令和	4 4	7_月~;	<u> </u>	O 月)
本診断書を作成					景の場合、以7		ロックだ	でない場合は助力			治療予定期間記載
する医師	Ø	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	<u>\$11</u>	注意	
治療上の問題点	<u> </u>	n 4				/. 	- <u>~</u> =^	wr a a a a a a a a a a	··········	Lb 18 5: -	
上記のとおり、以 薬による再治療を行						ロボー <u>で</u> □	<u>_ の診</u> 欄に	<u>断書の記載に</u> チェックを入	<u>ょ、火の貸</u> れ、該当す	<u>恰か必多</u> る番号る	度です。 を記入してください。
	和O 年	F O	月(日		•		疾患診療連携 専門医である	拠点病院に	常勤する	る日本肝臓学会認定
医療機関名及び所有 神戸市中央	F区O(λ 因 λ	×番	也			-	`	.		7
0000	市民病〇)〇	院					L専	門医番号	×××× *		J
電子メールアドレス ×											
	O C	0	0 \)要件を確認し	、該当す	る場合に	は、チェック欄及び
						です。 ご注意く	ださ	番号の記載な	邓必要		

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)

***	7 17 F 18 17 F 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18	TO THE TENTE OF TH			<u> </u>					1,2	717		
ふりがな			性別				生年	月 E](年	齢)			
患者氏名			男・女			_	_					- 、	
	47 E T D					年	月		日生	(満	京	麦)	
住 所	郵便番号												
1				電話番号	1 ()	_	_				
		前医	医療機関		, (/						
診断年月		(あれば記載		_									
	年 月	する)	医師名			-	± ,r ,	o =11 ←		ر دا +⊓+ اعر	17/2 (5)		
	4 D =UT () + (時のデータ									データ	
	1.B 型肝炎ウイ _{(†} ルスマーカー	食査日: 年	F 月	日)		(検査	日:		年		月	日)	
検査所見	(1) UD ++ E	\ \+\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	ب باران المراد	. _	,		,	14 GE /T	. ,		. .		,
	ID #= \ '	一)抗原価(;測定					抗原価			;測定》)
〇2. は施設の基 準値を含めて	110 14 14	一)抗原価(;測定					抗原価			; 測定:)
必ず記入して	(2) HBV-DNA 定量	一)抗体価(;測定	法)			抗体価			測定法	去)
ください		(単位:)	_		(単位:)
○3. は特記すべ	AOT	食査日: 年	• •	日)		(検査			-		月	日)	
き所見があれ ば具体的に記	A1 T	IU/ I(施設の		~_)			IU					
入してくださ		IU/I(施設の)基準値:	~_)			IU	/ I				
い	血小板数	/ μ l(施設の)基準値:	~_)			/	μΙ				
		食査日 : 年	F 月	日)		(検査	日:		年		月	日)	
		像診断・肝生検・そ	その他()		画像	診断・	肝生核	食・そ	の他	())
	どの所見所	見:				所見	:						
	該当番号を〇で囲む												
診断	1.慢性肝炎(B 2.代償性肝硬変												
	3. 非代償性肝硬氮)									
肝がんの合併	肝がん 1. あ	り (治療中・油	台ゆ後)	2.	なし								
	該当番号を〇で囲む	。(併用の場合は	複数選択)										
治療内容	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 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	該当する方を〇で囲	_											
変更	前回申請時からの		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													
		5 - 7 1 7	TA										
	り、B型慢性肝炎	-		この診断	きょう	記載に	.17	<i>'</i> ፖの L	いずわ	<i>ነ</i> ነው	各格が	(必要で	≅क
ログ製剤治	<u> 諸療の継続が必要で</u>	<u>:あると認めま</u>	<u>す。</u>	口欄にす									
記載年月日	年	月 日		し、。	_	, ,,	, , , ,		, , ,	_ , , ,			
医療機関名及		л ц											
区/派/成庆/百万	COTTILLE			□ 兵庫	車県の:	登録医	ミであ	る					
				[登録	渌番号]	
電話番号(□ 一舟	9社団:	法人日	本肝	臓学会	会認定	肝臓	専門医	医である	5
電子メールアドレ	ス			[専	門医番	号]	
医師氏名													
/ <u>\</u> }\ 4 \	コウミはのご カギエロ	の担合は 前向由軸	E D土 い 7タ へ 7安	コーキフケ	を囲むる	<u>უ ⊟ I ·</u>	+1	- h -	- - 1±₽	1 /	1 1 1		

- 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。 (汪)

市町民税(所得割)にかかる非課税申出書

申請者と同一世帯に属の被扶養者であり、かっ	•		
非課税であるため、市町			
(A)被扶養者氏名		(B) #	·養者氏名
①		(0) 1)	(接省以石
2			
3			
4			
5			
		月	

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 $0\sim15$ 歳又は $16\sim18$ 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

丘	庸	旦	扣	事	様
$\rightarrow \leftarrow$	/ 	π	ΔH	=	121

下記の者については、申請者本人との関係において<u>配偶者に該当せず</u>、かつ、<u>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</u>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)