

# 宮城県公報

発行  
宮 城 県  
(総務部私学文書課)  
宮城県仙台市青葉区  
本町三丁目8番1号  
電話 022(211)2267  
(毎週火、金曜日発行)

## 目次

### 規 則

○肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則

(疾病・感染症対策室)

ページ

一

## 規 則

肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十四年一月三十一日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第二号

肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則

肝炎治療に係る医療費用交付規則(平成二十年宮城県規則第四十九号)の一部を次のように改正する。

第三条の三第一項中、「一回に限り」を削る。

様式第一号を次のように改める。

様式第1号(第2条関係)

肝炎治療受給者証交付申請書				
宮城県知事 殿		年 月 日		
		(〒 - )		
		申請者住所		
		申請者氏名 印		
		患者との続柄(患者の )		
<p>インターフェロン治療 ・ 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、肝炎治療に係る医療費用交付規則第2条第2項の規定により、受給者の認定を下記のとおり申請します。</p>				
患 者	フリガナ名	性別	生年月日	職業
	氏名	男・女	年 月 日生 (満 歳)	
住 所	(〒 - ) (電話 - - )			
	宮城県 市・郡 区・町・村			
(マンション・アパート名, 室番号: )				
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名		患者との続柄	
	保 険 種 別		協会健保・船員・組合・共済・国保(一般・退職・組合)・後期高齢者	
	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号			
	保 険 者 番 号			
	被 保 険 者 証 発 行 機 関		名 称	
		所 在 地		
本助成制度利用歴		利 用 歴	1 あり 2 なし	
		受給者証番号		
		有 効 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
保 険 医 療 機 関 (受診医療機関)	名 称	所 在 地		
	名 称	所 在 地		
	名 称	所 在 地		
認定の有効期間の開始日		認定の有効期間の開始日は、「申請書の受理日の属する月の初日」から「診断書が作成された日の属する月の翌々翌月」までのいずれかの月の初日のうち、申請者が指定した月の初日となります。		

- (注) 1 申請書の提出に当たっては、「インターフェロン治療」又は「核酸アナログ製剤治療」のいずれかの にチェックしてください。
- 2 助成を受けることができるのは、別に定める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。

世 帯 調 書

世帯構成員名	患者との続柄	満年齢	職 業	市町村民税（所得割） 課税年額	備 考
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
合計				円	

（市町村民税課税額合算対象除外希望者に係る記載欄）

下記の者については、患者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、患者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上又は医療保険上の扶養関係にある者ではないため、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。

申請者氏名 印  
記

世帯除外を希望する構成員	フリガナ氏名	フリガナ氏名
	フリガナ氏名	フリガナ氏名
	フリガナ氏名	フリガナ氏名

肝炎治療効果判定報告書について

肝炎治療特別促進事業は、早期治療の促進のため、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の自己負担分を公費で補助する制度です。

本制度においては、今後の肝炎対策の基礎資料とする目的で、診断書作成医療機関等に対して治療に関する報告書の提出を求めることがあります。

なお、当該報告書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外に使用することは一切ありません。

階 層 区 分		自己負担限度額（月額）
甲	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
乙	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

（注1）保険医療機関（受診医療機関）は県と肝炎治療特別促進事業に係る委託契約を締結している保険医療機関に限ります。また、記載された保険医療機関以外では公費助成は受けられません。

（注2）以下の書類を添付してください。

- 1 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（様式第2号）
- 2 加入している医療保険の被保険者証等の写し
- 3 患者及び患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
- 4 患者及び患者と同一の世帯に属する者の市町村民税（所得割）課税年額を証明する書類
- 5 患者及びその配偶者を医療保険各法（国民健康保険法を除く。）の規定による被扶養者（以下単に「被扶養者」という。）若しくは地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族（以下単に「扶養親族」という。）としない者で、かつ、患者若しくはその配偶者の被扶養者若しくは扶養親族でないもの又は国民健康保険法の規定による被保険者（以下「患者等と扶養の関係のない者」という。）がいるときは、これを証明する書類（受給者の認定において、患者等と扶養の関係のない者の市町村民税（所得割）課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。）

様式第二号(その二)から様式第二号(その三)までを次のように改める。

様式第2号(その1)(第2条関係)

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(新規申請用)

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	インターフェロン 治療歴	時期	年	月	～	年	月	肝炎治療特別促進事業の認定(有・無)	
			医療機関	(医師 )						
過去の 治療 歴	下記の にチェックを入れてください。 これまでの治療において十分量の3剤併用療法(ペグインターフェロン, リバビリン及びテラプレビル)による24週投与を受けていない。									
	<p>インターフェロン治療開始前の所見を記入するとともに、該当する方を○で囲む。</p> <p>1 B型肝炎ウイルスマーカー  (1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日)  (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日)  (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____, 測定法 _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>2 C型肝炎ウイルスマーカー  (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____, 測定法 _____ )  (検査日: 年 月 日)  (2) ウイルス型 { セロタイプ(グループ)1 } (検査日: 年 月 日)  { セロタイプ(グループ)2 }</p> <p>3 血液検査  AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日)  ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日)  血小板数 _____ / μl (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>4 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)(検査日: 年 月 日)  (所見)</p>									
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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)</p>									
肝がんの合併	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>肝がん 1 あり(治療中) 2 なし(肝がん治療後も含む)</p>									
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 インターフェロン 製剤単独  2 インターフェロン 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 製剤+リバビリン製剤  5 インターフェロン 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(具体的に記載してください。 )</p> <p>治療予定期間 _____ 週  医療費助成開始予定年月 _____ 年 _____ 月  治療予定医療機関( _____ )</p>									
治療上の問題点										
医療機関名及び所在地				記載年月日				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抗原及びHBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(インターフェロン治療中の場合にあっては、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、御注意ください。

様式第2号(その2)(第2条関係)

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(新規申請用)

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	核酸アナログ製剤 治療歴	時期	年	月	月, 肝炎治療特別促進事業の認定(有・無)		
			医療機関	(医師)				
			時期	年	月	月, 肝炎治療特別促進事業の認定(有・無)		
			医療機関	(医師)				
現在の治療	該当番号を○で囲む。 現在の核酸アナログ製剤治療の有無					1 あり	2 なし	
		上記が「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	検査項目	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か月以内の者は記載不要)				
	1 B型肝炎ウイルス マーカー							
	(1) HBs抗原	( + ・ - )(検査日: 年 月 日)		( + ・ - )(検査日: 年 月 日)				
	HBe抗原	( + ・ - )(検査日: 年 月 日)		( + ・ - )(検査日: 年 月 日)				
HBe抗体	( + ・ - )(検査日: 年 月 日)		( + ・ - )(検査日: 年 月 日)					
(2) HBV - DNA定量	_____(単位: , 測定法 )		_____(単位: , 測定法 )					
		(検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日)				
2 血液検査								
AST	____IU/l(検査日: 年 月 日)		____IU/l(検査日: 年 月 日)					
	(施設の基準値: ~ )		(施設の基準値: ~ )					
ALT	____IU/l(検査日: 年 月 日)		____IU/l(検査日: 年 月 日)					
	(施設の基準値: ~ )		(施設の基準値: ~ )					
血小板数	____/μl(検査日: 年 月 日)		____/μl(検査日: 年 月 日)					
	(施設の基準値: ~ )		(施設の基準値: ~ )					
3 画像診断及び肝生 検などの所見 (具体的に記載)	(検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日)					
	(所見)		(所見)					
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(具体的に記載してください。 )  医療費助成開始予定年月 年 月 治療予定医療機関( )							
治療上の問題点								
医療機関名及び所在地				記載年月日 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。ただし、「治療開始前のデータ」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載してください。  
 3 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、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。  
 4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。

様式第2号(その3)(第2条関係)

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(再認定用)

フリガナ			性別	生年月日(年齢)		
患者氏名			男・女	明昭 大平	年	月
住所	郵便番号(〒 - )		電話番号( )			
診断年月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時期	年	月	月, 肝炎治療特別促進事業の認定(有・無)
			医療機関	(医師)		
過去の 治療 歴	下記1か2のいずれかの にチェックを入れてください。					
	<p>1 B型慢性活動性肝炎の場合 これまでの治療はペグインターフェロン製剤でなかった。</p> <p>2 C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変 これまでの治療において十分量の3剤併用療法(ペグインターフェロン, リバビリン及びテラプレビル)による24週投与を受けていない。 以下のいずれにも該当しない。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>					
検査所見	<p>今回, 申請に係るインターフェロン治療開始前の所見を記入するとともに, 該当する方を○で囲む。</p> <p>1 B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____, 測定法 _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>2 C型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____, 測定法 _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) ウイルス型 { セロタイプ(グループ)1 } (検査日: 年 月 日)                   { セロタイプ(グループ)2 }</p> <p>3 血液検査</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>4 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する。)</p> <p>(検査日: 年 月 日)</p>					
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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)</p>					
肝がんの合併	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>肝がん 1 あり(治療中) 2 なし(肝がん治療後も含む)</p>					
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 インターフェロン 製剤単独</p> <p>2 インターフェロン 製剤単独</p> <p>3 ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4 インターフェロン 製剤+リバビリン製剤</p> <p>5 インターフェロン 製剤+リバビリン製剤</p> <p>6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7 その他(具体的に記載してください。)</p> <p>治療予定期間 _____ 週</p> <p>医療費助成開始予定年月 _____ 年 _____ 月</p> <p>治療予定医療機関( )</p>					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地	記載年月日 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。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。

2 HBs抗原, HBe抗原及びHBe抗体以外の検査所見は, 記載日前6か月以内(インターフェロン治療中の場合にあっては, 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, 御注意ください。

様式第二号(その三)の次に次の一様式を加える。

様式第2号(その4)(第2条関係)

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン, リバピ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(新規申請用)

フリガナ			性別	生年月日(年齢)		
患者氏名			男・女	明昭 大平	年	月
住所	郵便番号(〒 - )		電話番号( )			
診断年月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時期	年	月	肝炎治療特別促進事業の認定(有・無) (医師)
			医療機関	年	月	肝炎治療特別促進事業の認定(有・無) (医師)
過去の 治療歴	下記のいずれかの にチェックを入れてください。 1 治療なし(初回治療例) 2 治療があるが、これまでに3剤併用療法を受けていない。 (2の治療歴ありにチェックした場合)前回の治療内容を○で囲む。 ア ペグインターフェロン及びリバピリン併用療法で再燃 イ ペグインターフェロン及びリバピリン併用療法で無効 ウ 上記以外の治療(具体的に記載)					
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入するとともに、該当する方を○で囲む。 1 C型肝炎ウイルスマーカー (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____, 測定法 _____) (検査日: _____年 月 日) (2) ウイルス型 { セロタイプ(グループ)1 } (検査日: _____年 月 日) { セロタイプ(グループ)2 } 2 血液検査 AST _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) (検査日: _____年 月 日) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) (検査日: _____年 月 日) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____~_____) (検査日: _____年 月 日) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____~_____) (検査日: _____年 月 日) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)(検査日: _____年 月 日) (所見)					
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	該当番号を○で囲む。 肝がん 1 あり(治療中) 2 なし(肝がん治癒後も含む)					
治療内容	ペグインターフェロン, リバピリン及びテラプレビル3剤併用療法 治療予定期間 24週 医療費助成開始予定年月 _____年 _____月 ~ _____年 _____月 治療予定医療機関( )					
治療実施 医療機関	以下の項目にチェックがない場合は助成対象にはなりません。 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 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。					
診断書 作成 医療機関	以下の項目にチェックがない場合は助成対象にはなりません。 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 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						
医療機関名及び所在地				記載年月日 _____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、御注意ください。

様式第三号(表)を次のように改める。

様式第3号(第2条関係)

(表)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療) { (3剤併用療法を除く) } ・核酸アナログ製剤治療) (3剤併用療法)		
公費負担者番号	疾病名	
受給者番号	受診医療機関	
受診者住所・氏名	有効期間	
生年月日	年 月 日	性別
月額自己負担額	円	宮 城 県 知 事 印
この受給者証に記載されている医療機関以外 では公費助成は受けられません。		交付年月日 年 月 日

様式第四号を次のように改める。

様式第4号(第3条の2関係)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)更新申請書				年 月 日
宮城県知事 殿		(〒 - )		
		申請者住所		
		申請者氏名		印
		受給者との続柄(受給者の )		
<p>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、肝炎治療に係る医療費用交付規則第3条の2第2項の規定により、肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の有効期間の更新を、下記のとおり申請します。</p>				
受 給 者	受給者番号			
	現行有効期間	年 月 日から		年 月 日まで
	フリガナ氏名	性 別		男 ・ 女
		生年月日		年 月 日生 (満 歳)
住 所	(〒 - ) 宮城県 市・郡 区・町・村		(電話 - - )	
		(マンション・アパート名、室番号: )		
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名			患者との続柄
	保 険 種 別	協会健保・船員・組合・共済・国保(一般・退職・組合)・後期高齢者		
	被保険者証の記号・番号			
	保 険 者 番 号			
	被 保 険 者 証 発 行 機 関	名 称		
所 在 地				
医 療 機 関	医療機関の追加・変更	有 ・ 無		
	名 称			
	所 在 地	(電話番号 )		

(注1) 様式第4号は、裏面及び肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師記載欄がセットです。

(注2) 以下の書類を添付してください。

- 1 加入している医療保険の被保険者証等の写し
- 2 患者及び患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
- 3 患者及び患者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類
- 4 患者及びその配偶者を医療保険各法(国民健康保険法を除く。)の規定による被扶養者(以下単に「被扶養者」という。)若しくは地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族(以下単に「扶養親族」という。)としない者で、かつ、患者若しくはその配偶者の被扶養者若しくは扶養親族でないもの又は国民健康保険法の規定による被保険者(以下「患者等と扶養の関係のない者」という。)がいるときは、これを証明する書類(受給者の認定において、患者等と扶養の関係のない者の市町村民税(所得割)課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。)
- 5 記入漏れ等がある場合には、認定されないことがありますので、御注意ください。

世 帯 調 書

世帯構成員名	患者との続柄	満年齢	職 業	市町村民税（所得割） 課税年額	備 考
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
合計				円	

（市町村民税課税額合算対象除外希望者に係る記載欄）

下記の者については、患者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、患者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上又は医療保険上の扶養関係にある者ではないため、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。

申請者氏名 印  
記

世帯除外を希望する構成員	フリガナ氏名		フリガナ氏名	
	フリガナ氏名		フリガナ氏名	
	フリガナ氏名		フリガナ氏名	

肝炎治療効果判定報告書について

肝炎治療特別促進事業は、早期治療の促進のため、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の自己負担分を公費で補助する制度です。

本制度においては、今後の肝炎対策の基礎資料とする目的で、診断書作成医療機関等に対して治療に関する報告書の提出を求めることがあります。

なお、当該報告書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外に使用することは一切ありません。

（参考）

階 層 区 分		自己負担限度額（月額）
甲	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
乙	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

肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄

受給者(フリガナ)について、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判断する。

Table with 4 columns: 診断年月, 昭和・平成年月, 核酸アナログ製剤治療歴, 時期年月~年月, 医療機関(医師). It contains two rows for diagnosis and treatment history.

Table with 4 columns: 検査項目, 前回申請時のデータ, 更新時直近データ. It details laboratory and imaging results for B-type hepatitis markers, blood tests (AST, ALT, platelets), and imaging.

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(具体的に記載してください)

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の有無 1 あり 2 なし 上記が「あり」の場合: 変更前薬剤名( ), 変更日(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 年 月 日

医療機関名及び所在地

医師氏名

印

(注) 1 記載内容の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。 2 医師記載欄は、診断書作成指定医療機関の医師による記入が必要です。 3 更新時直近データは記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。 4 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。 5 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。

様式第五号(その二)及び様式第五号(その二)を次のように改める。

様式第5号(その1)(第3条の4関係)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書(延長投与用)

年 月 日

宮城県知事

殿

(〒 - )

申請者住所

申請者氏名

印

受給者との続柄(受給者の

)

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、肝炎治療に係る医療費用交付規則第3条の4第2項の規定により、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を下記のとおり申請します。

受 給 者	受 給 者 番 号						
	現 行 効 期 の 間	年 月 日から			年 月 日まで		
	フ リ ガ ナ 氏 名					性 別	男 ・ 女
						生年月日	年 月 日生 (満 歳)
住 所	(〒 - ) (電話 - - ) 宮城県 市・郡 区・町・村 (マンション・アパート名, 室番号: )						

- (注) 1 延長期間は、現行の有効期間に引き続く6か月を限度とします。  
 2 裏面の医師記載欄は診断書作成指定医療機関の医師による記入が必要です。  
 3 記入漏れ等がある場合には、認定されないことがありますので、御注意ください。

医 師 記 載 欄

以下の確認事項及び必要事項をすべて確認し、記入の上、署名及び押印してください。

受給者 \_\_\_\_\_ (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パピリン併用療法の実施に当たり、下記の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。(下記のいずれかの  にチェックし、確認事項を記入して下さい。)

記

これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリパピリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した<sup>1</sup>が再燃した者で、『今回の治療で、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。

- ・投与36週までにHCV-RNAが陰性化。(一時休薬期間は除く。)

【陰性化の時期】 検査日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 投与 \_\_\_\_\_ 週後

『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週目までに陰性化した症例に該当する。』と認められる。

- ・投与開始後、継続的に治療を続け、

- 1 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

【前 値】 検査日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
HCV-RNA量 \_\_\_\_\_ (単位： \_\_\_\_\_ , 測定法： \_\_\_\_\_ )  
【投与12週後】 検査日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
HCV-RNA量 \_\_\_\_\_ (単位： \_\_\_\_\_ , 測定法： \_\_\_\_\_ )

- 2 投与36週までにHCV-RNAが陰性化。(一時休薬期間は除く。)

【陰性化の時期】 検査日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 投与 \_\_\_\_\_ 週後

【確認事項】

該当する場合、  にチェックを入れ、下線部分を記入してください。

有効期間延長の認定には、下記すべての  にチェックが入っていることが必要です。

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。

申請者は、ペグインターフェロン及びリパピ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る。

なお、現在治療開始後 \_\_\_\_\_ 週目で継続中である。(一時休薬期間は除く。)

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。

変更後の治療予定期間(開始：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ 終了：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月予定)

(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。

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

様式第5号(その2)(第3条の4関係)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書(治療休止期間用)

年 月 日

宮城県知事

殿

(〒 - )

申請者住所

申請者氏名

印

受給者との続柄(受給者の

)

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治療に係る医療費用交付規則第3条の4第2項の規定により、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を下記のとおり申請します。

受 給 者	受 給 者 番 号						
	現 行 効 期 の 間	年 月 日から			年 月 日まで		
	フリガナ 氏 名					性 別	男 ・ 女
						生年月日	年 月 日生 (満 歳)
住 所	(〒 - ) (電話 - - ) 宮城県 市・郡 区・町・村 (マンション・アパート名、室番号: )						

医 師 記 載 欄

以下の必要事項を記入の上、署名・捺印してください。

受給者 (フリガナ ) 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、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長が必要であると判断する。

申請者が受けている治療がテラプレビルを含む3剤併用療法(24週)の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。

治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。

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 延長期間は、現行の有効期間に引き続く2か月を限度とします。
  - 2 医師記載欄は、治療実施医療機関の医師による記入が必要です。
  - 3 副作用等の要因については、医師等に確認させていただくことがあります。
  - 4 記入漏れ等がある場合には、認定されないことがありますので、御注意ください。

附 則

( 施行期日 )

1 この規則は、公布の日から施行する。

( 経過措置 )

2 改正前の肝炎治療に係る医療費用交付規則の規定による様式で取扱い上著しく支障のないものについては、当分の間、改正後の肝炎治療に係る医療費用交付規則の規定によるものとみなす。