様式第４号（その６）（第５関係）

インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日（年齢） |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 年　　月　　日 生　（満　　　歳） |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　（　　　　　　） |

肝炎治療特別促進事業における認定基準（抜粋）

|  |
| --- |
| （３）インターフェロンフリー治療についてHCV-RNA陽性のＣ型慢性肝疾患（Ｃ型慢性肝炎若しくは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。※１　上記については、Ｃ型慢性肝炎又はChild-Pugh分類ＡのＣ型代償性肝硬変に対しては原則１回のみの助成とし、Child-Pugh分類Ｂ又はＣのＣ型非代償性肝硬変に対しては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による３剤併用療法に係る治療歴の有無は問わない。※２　上記については、初回治療の場合、治療に対する助成の申請にあたっては、第５に定める医療機関の医師のうち、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が診断書を作成すること。※３　上記については、再治療の場合、治療に対する助成の申請にあたっては、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が「インターフェロンフリー治療に対する意見書」を作成するものとし、その判断を踏まえ、第５に定める医療機関の医師のうち、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が診断書を作成すること。※４　上記における小児の症例に関しては、※２及び※３の医師に加えて，小児の肝疾患診療の充分な実績を有する医療機関に属する日本小児栄養消化器肝臓学会認定医も診断書を作成可能とする。 |

１　本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります（該当する項目をチェックしてください）。

　　□　上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。

　　□　日本肝臓学会のＣ型肝炎治療ガイドラインを精読した。

　　□　ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

２　該当する意見にチェックの上返信して下さい。

　　**□**　**インターフェロンフリー治療による再治療は、適切である。**

**（推奨する治療：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

　**□　インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。**

記載年月日　　　　　　年　　月　　日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

 　　　　　　　　印

（注） １ 本意見書の有効期間は、記載日から起算して３ヶ月以内です。

２ 本意見書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が記載する必要があります。