

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	郵便番号			
	電話番号 ( )			

茨城県肝炎治療費助成事業実施要綱別表第2 対象患者の認定基準(抜粋)

C型慢性肝疾患  
 (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、(1)及び(2)に係る治療歴の有無を問わない。

\* 2 上記について、「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成する医師の要件は次のとおりとする。  
 ① C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対する初回治療又は再治療の場合は、日本肝臓学会肝臓専門医又は茨城県肝炎医療研修会受講修了者  
 ② Child-Pugh分類B及びCのC型非代償性肝硬変に対する初回治療又は再治療の場合は、日本肝臓学会肝臓専門医

\* 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肝臓専門医の判断を踏まえた上で、上記①又は②に該当する医師が「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。

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する)。

- 上記の茨城県肝炎治療費助成事業実施要綱における対象患者の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 \_\_\_\_\_ (署名又は記名押印)

(注) 1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
 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。