（様式例第２号－８）

インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書

返信先医療機関および担当医

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　　（　　）－　　－		
直近の腎機能検査	ｅＧＦＲ：　　mL/min/1.73 m²	／　　年　　月　　日	

福井県肝炎治療特別促進事業実施要綱　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型慢性肝炎もしくはChild−Pugh分類ＡのＣ型代償性肝硬変またはChild−Pugh分類Ｂもしくは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、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、Ｃ型慢性肝炎または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または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）および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、肝疾患に関する専門医療機関において肝炎の診療に当たっている医師が作成することも可能とする。

※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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医または肝疾患に関する専門医療機関において肝炎の診療に当たっている医師が「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ください。

□　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および所在地

本意見書を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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。

※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。