

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 患者氏名		性別	生年月日（年齢）			
		男・女	大平 昭令	年	月	日生（満歳）
住所	郵便番号					
	電話番号（ ）					

山形県肝炎治療特別促進事業実施要綱別記1. 認定基準（抜粋）

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎（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、インターフェロン治療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、他のインターフェロンフリー治療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）及びベグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害薬による3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。
- ※2 上記治療については、初回治療の場合、県が指定した山形県肝炎専門医療機関に勤務する日本肝臓学会肝臓専門医、日本消化器病学会専門医又は患者の診断に当たり日本肝臓学会肝臓専門医の指導・助言を受けることができ、かつ、山形県が指定する研修を毎年度受講する医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成するものとする。
- ※3 上記治療については、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、県が指定した山形県肝炎専門医療機関に勤務する日本肝臓学会肝臓専門医、日本消化器病学会専門医又は患者の診断に当たり日本肝臓学会肝臓専門医の指導・助言を受けることができ、かつ、山形県が指定する研修を毎年度受講する医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成するものとする。

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。内容を確認のうえ、チェックしてください。

- 上記の山形県肝炎治療特別促進事業実施要綱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。
- 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 令和 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。