様式第２－９号（第３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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 |  | 性別 | 生年月日（年齢） |
|  | 男・女 | 年　　　月　　　日生（満　　　歳） |
| 患者住所 | 〒　　　　－  電話番号　（　　　　） | | |

広島県肝炎治療特別促進事業取扱要領（認定基準〔抜粋，一部変更〕）

ウ　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者

※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，インターフェロン単独治療，インターフェロン・リバビリン併用治療，ペグインターフェロン・リバビリン・プロテアーゼ阻害剤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，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，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。

１　本意見書を記載する医師は，次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）。

□　上記の広島県肝炎治療特別促進事業取扱要領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及び所在地

本意見書を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

※１　記載日から起算して３か月以内のものが有効となること。

　２　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。