

広島県肝炎治療特別促進事業取扱新旧対照表

改正後	現行
第1 趣 旨 (略)	第1 趣 旨 (略)
第2 用語の定義等 (略)	第2 用語の定義等 (略)
第3 医療給付の申請 (略) (1) 様式第2－1号から第2－ <u>6</u> 号による専門医療機関の専門医の診断書 ただし、肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の専門医の診断書にあっては、当該医療機関で治療する患者についてのみ適用できるものとする。 (2)～(4) (略)	第3 医療給付の申請 (略) (1) 様式第2－1号から第2－ <u>4</u> 号による専門医療機関の専門医の診断書 ただし、肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の専門医の診断書にあっては、当該医療機関で治療する患者についてのみ適用できるものとする。 (2)～(4) (略)
第4 対象患者の認定 1 (略) 2 (略) 3 (略) 4 対象患者の認定は次のとおりとする。 (1) B型慢性肝疾患 ア インターフェロン治療について HB e抗原陽性で、かつ、HB V-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎で、インターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のない者（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HB e抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。） ※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフ	第4 対象患者の認定 1 (略) 2 (略) 3 (略) 4 対象患者の認定は次のとおりとする。 (1) B型慢性肝疾患 ア インターフェロン治療について HB e抗原陽性で、かつ、HB V-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎で、インターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のない者（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HB e抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。） ※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、前回の治療がペグインターフ

改正後	現行
<p><u>エ</u>ロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。</p> <p>イ (略)</p> <p>(2) C型慢性肝疾患</p> <p>ア インターフェロン単独治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎及びC型代償性肝硬変で、インターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のない者。<u>ただし、これまでの治療において、十分量の3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル）による24週投与が行われた場合を除く。</u></p> <p>※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の(ア)、(イ)のいずれも該当しない場合とする。</p> <p>(ア) これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース</p> <p>(イ) これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース</p> <p>イ ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法について <u>HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビルによる3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、これまでに3剤併用療法を受けたことなく、かつ肝がんの合併のないもの</u></p> <p>※1 上記については、1回のみの助成とする。ただし、(2)アに係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>※2 3剤併用療法の実施は、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設で勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。</p>	<p><u>シ</u>製剤による治療でない者が同製剤による治療を受ける場合とする。</p> <p>イ (略)</p> <p>(2) C型慢性肝疾患</p> <p>インターフェロン単独治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎及びC型代償性肝硬変で、インターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のない者</p> <p>※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下のア、イのいずれも該当しない場合とする。</p> <p>ア <u>前回の治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース</u></p> <p>イ <u>前回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース</u></p>
<p>第5 対象患者の所得階層の認定</p> <p>実施要綱第7の2の(2)に定める対象患者の所得階層の認定は、世帯全員の市町民税（所得割）の合算額により行うものとする。</p>	<p>第5 対象患者の所得階層の認定</p> <p>実施要綱第7の2の(2)に定める対象患者の所得階層の認定は、世帯全員の市町民税（所得割）の合算額により行うものとする。</p>

改正後	現行
<p>ただし、配偶者以外の者であって、対象患者及びその配偶者と、相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係ない者については、当該世帯の市町民税課税額の合算対象から除外できることとする。この場合、対象患者は、様式第1－4号「市町民税課税額合算対象除外希望申告書」を知事に提出するものとする。</p> <p>なお、除外の可否については、次により審査する。</p> <p>(1) 配偶者以外であること 住民票の続柄により判断する。</p> <p>(2) 地方税法上の扶養関係ないこと 対象患者及びその配偶者、除外対象者について、市町民税の税情報（扶養控除関係）を証明する書類等により適宜判断する（例：課税証明書、市町が通知する市町民税の決定通知書等の写し、源泉徴収票等）。</p> <p>(3) 医療保険上の扶養関係ないこと 対象患者及びその配偶者、除外対象者が加入する健康保険の被扶養者を証明する書類により適宜判断する（例：健康保険証のコピー等）。</p> <p>また、平成24年度以降分の市町民税課税年額の算定にあたっては、「控除廃止の影響を受ける制度等」（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うものとする。</p>	<p>ただし、配偶者以外の者であって、対象患者及びその配偶者と、相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係ない者については、当該世帯の市町民税課税額の合算対象から除外できることとする。この場合、対象患者は、様式第1－4号「市町民税課税額合算対象除外希望申告書」を知事に提出するものとする。</p> <p>なお、除外の可否については、次により審査する。</p> <p>(1) 配偶者以外であること 住民票の続柄により判断する。</p> <p>(2) 地方税法上の扶養関係ないこと 対象患者及びその配偶者、除外対象者について、市町民税の税情報（扶養控除関係）を証明する書類等により適宜判断する（例：課税証明書、市町が通知する市町民税の決定通知書等の写し、源泉徴収票等）。</p> <p>(3) 医療保険上の扶養関係ないこと 対象患者及びその配偶者、除外対象者が加入する健康保険の被扶養者を証明する書類により適宜判断する（例：健康保険証のコピー等）。</p>
<p>第6 肝炎治療受給者証の交付等</p> <p>1 肝炎治療受給者証 知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、様式第3－1号から第3－3号による「肝炎治療受給者証」（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。</p> <p>2（略）</p> <p>3 受給者証の有効期間 受給者証の有効期間は、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から<u>1年以内</u>で、<u>治療予定期間に即した期間</u>とする。</p> <p>ただし、別紙に定める一定の要件を満たした受給者については、例外的に助成期間の延長を認めるものとするが、その場合、当該受給者は、様式第1－5号「肝炎治療受給者証（イ</p>	<p>第6 肝炎治療受給者証の交付等</p> <p>1 肝炎治療受給者証 知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、様式第3－1号及び第3－2号による「肝炎治療受給者証」（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。</p> <p>2（略）</p> <p>3 受給者証の有効期間 受給者証の有効期間は、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から、<u>1年以内</u>とする。</p> <p>ただし、別紙に定める一定の要件を満たした受給者については、例外的に助成期間の延長を認めるものとするが、その場合、当該受給者は、様式第1－5号「肝炎治療受給者証（イ</p>

改正後	現行
<p>ンターフェロン治療) 有効期間延長申請書（A）」に、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を添付して、知事に申請するものとする。また、副作用等の要因により受給者証の有効期間延長を希望する受給者は、様式第1－6号「肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書（B）」に肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を添付して、知事に申請するものとする。</p> <p>なお、核酸アナログ製剤治療については、専門医が治療継続が必要と認める場合、様式第1－3号により更新の申請を行うことができるものとする。</p>	<p>ーフェロン治療) 有効期間延長申請書（A）」に、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を添付して、知事に申請するものとする。また、副作用等の要因により受給者証の有効期間延長を希望する受給者は、様式第1－6号「肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書（B）」に肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を添付して、知事に申請するものとする。</p> <p>なお、核酸アナログ製剤治療については、専門医が治療継続が必要と認める場合、様式第1－3号により更新の申請を行うことができるものとする。</p>
第7 指定医療機関及び指定薬局の指定等 (略)	第7 指定医療機関及び指定薬局の指定等 (略)
第8 対象患者が負担する医療費の額 (略)	第8 対象患者が負担する医療費の額 (略)
第9 自己負担限度月額管理の取扱い (略)	第9 自己負担限度月額管理の取扱い (略)
第10 医療費の支給の特例 (略)	第10 医療費の支給の特例 (略)
第11 指定医療機関等の変更、追加、受給者証の再交付、返還 (略)	第11 指定医療機関等の変更、追加、受給者証の再交付、返還 (略)
第12 県外へ転出した対象患者及び広島県外から転入した対象患者の取扱い (略)	第12 県外へ転出した対象患者及び広島県外から転入した対象患者の取扱い (略)
第13 事業と他の公費負担医療制度との関係 (略)	第13 事業と他の公費負担医療制度との関係 (略)

改正後	現行
<p>附 則 この要領は、平成20年4月1日から施行する。</p>	<p>附 則 この要領は、平成20年4月1日から施行する。</p>
<p>附 則 この要領は、平成20年9月26日から施行する。</p>	<p>附 則 この要領は、平成20年9月26日から施行する。</p>
<p>附 則 この要領は、平成21年9月1日から施行し、様式の改正を除き、平成21年4月1日から適用する。 なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。</p>	<p>附 則 この要領は、平成21年9月1日から施行し、様式の改正を除き、平成21年4月1日から適用する。 なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。</p>
<p>附 則 この要領は、平成22年4月1日から施行する。 なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。</p>	<p>附 則 この要領は、平成22年4月1日から施行する。 なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。</p>
<p>附 則 この要領は、平成23年4月1日から施行する。 なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。</p>	<p>附 則 この要領は、平成23年4月1日から施行する。 なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。</p>
<p>附 則 この要領は、平成23年9月26日から施行する。 なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。</p>	<p>附 則 この要領は、平成23年9月26日から施行する。 なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。</p>
<p>附 則 <u>この要領は、平成23年12月26日から施行する。</u> <u>なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。</u></p>	

改正後	現行
別表(第13関係) (略)	別表(第13関係) (略)
別紙 1(略) 2(1) <u>これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化したが再燃した者で、今回の治療において「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当し48週プラス24週(トータル72週間)の延長投与が必要と専門医が判断した場合。</u> (2) 略	別紙 1(略) 2(1) <u>前回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化したが再燃した者で、今回の治療において「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当し48週プラス24週(トータル72週間)の延長投与が必要と専門医が判断した場合。</u> (2) 略

広島県肝炎治療特別促進事業取要領扱新旧対照表（様式）

改正後				現行																																																																																																																																					
<p style="text-align: center;">(表記) 様式第1-1号(第3問面) 肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)交付申請書</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">広島県知事様</p> <p>インターフェロン治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付を申請します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 10%;">申請者氏名</td> <td colspan="3" style="width: 90%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="width: 25%;">性別</td> <td colspan="2">男・女</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3">明治 大正 年 月 日生(西暦)</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3">〒</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">電話番号()</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="vertical-align: top; width: 10%;">被保険者 加入医療 保険 扶助</td> <td>被保険者氏名</td> <td></td> <td>申請者との 続柄</td> </tr> <tr> <td>保険種別</td> <td colspan="3">被保険組合・被会員組・被賃・共済組合・国保・扶助被保険者・ その他()</td> </tr> <tr> <td>被保険者証 の記号・番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>被保険者所在地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">疾患名</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top; width: 10%;">本期賦課割引歴 他の公費負担 医療制度の 有無</td> <td>有・無</td> <td colspan="3">(有)に該当する場合</td> <td colspan="3">受給者証番号(有効期間(平成 年 月 日~ 年 月 日))</td> </tr> <tr> <td>有・無</td> <td colspan="3">(有)に該当する場合</td> <td colspan="3">1.肝硬心疾患者有効期間 2.(D)より現年齢等医療費 3.その他() ※受給者証番号の記入を捺印すること</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="vertical-align: top; width: 10%;">医療機関 開局 場所</td> <td>名 称</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>名 称</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>名 称</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>名 称</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>名 称</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>								申請者氏名					性別	男・女		生年月日	明治 大正 年 月 日生(西暦)			住所	〒			電話番号()				被保険者 加入医療 保険 扶助	被保険者氏名		申請者との 続柄	保険種別	被保険組合・被会員組・被賃・共済組合・国保・扶助被保険者・ その他()			被保険者証 の記号・番号				被保険者所在地				疾患名								本期賦課割引歴 他の公費負担 医療制度の 有無	有・無	(有)に該当する場合			受給者証番号(有効期間(平成 年 月 日~ 年 月 日))			有・無	(有)に該当する場合			1.肝硬心疾患者有効期間 2.(D)より現年齢等医療費 3.その他() ※受給者証番号の記入を捺印すること			医療機関 開局 場所	名 称							所在地							名 称							所在地							名 称							所在地							名 称							所在地							名 称							所在地						
申請者氏名																																																																																																																																									
	性別	男・女																																																																																																																																							
生年月日	明治 大正 年 月 日生(西暦)																																																																																																																																								
住所	〒																																																																																																																																								
電話番号()																																																																																																																																									
被保険者 加入医療 保険 扶助	被保険者氏名		申請者との 続柄																																																																																																																																						
	保険種別	被保険組合・被会員組・被賃・共済組合・国保・扶助被保険者・ その他()																																																																																																																																							
	被保険者証 の記号・番号																																																																																																																																								
	被保険者所在地																																																																																																																																								
疾患名																																																																																																																																									
本期賦課割引歴 他の公費負担 医療制度の 有無	有・無	(有)に該当する場合			受給者証番号(有効期間(平成 年 月 日~ 年 月 日))																																																																																																																																				
	有・無	(有)に該当する場合			1.肝硬心疾患者有効期間 2.(D)より現年齢等医療費 3.その他() ※受給者証番号の記入を捺印すること																																																																																																																																				
医療機関 開局 場所	名 称																																																																																																																																								
	所在地																																																																																																																																								
	名 称																																																																																																																																								
	所在地																																																																																																																																								
	名 称																																																																																																																																								
	所在地																																																																																																																																								
名 称																																																																																																																																									
所在地																																																																																																																																									
名 称																																																																																																																																									
所在地																																																																																																																																									

| (表記) 様式第1-1号(第3問面) 肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)交付申請書 平成 年 月 日 広島県知事様 インターフェロン治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付を申請します。 | | | | | | | | | |----------------------------------|------------------|---|-------------|--|--|--|--| | 申請者氏名 | | | | | | | | | | 性別 | 男・女 | | | | | | | 生年月日 | 明治 大正 年 月 日生(西暦) | | | | | | | | 住所 | 〒 | | | | | | | | 電話番号() | | | | | | | | | 被保険者
加入医療
保険
扶助 | 被保険者氏名 | | 申請者との
続柄 | | | | | | | 保険種別 | 被保険組合・被会員組・被賃・共済組合・国保・扶助被保険者・
その他() | | | | | | | | 被保険者証
の記号・番号 | | | | | | | | | 被保険者所在地 | | | | | | | | 疾患名 | | | | | | | | | 本期賦課割引歴
他の公費負担
医療制度の
有無 | 有・無 | (有)に該当する場合 | | | 受給者証番号(有効期間(平成 年 月 日~ 年 月 日)) | | | | | 有・無 | (有)に該当する場合 | | | 1.肝硬心疾患者有効期間 2.(D)より現年齢等医療費
3.その他()
※受給者証番号の記入を捺印すること | | | | 医療機関
開局
場所 | 名 称 | | | | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | 名 称 | | | | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | 名 称 | | | | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | |

※ 変更なし

改正後	現行
様式第1-1号(第3関係)	様式第1-1号(第3関係)
<p style="text-align: center;">認証</p> <p>※ 1 医療機関・薬局欄には、加筆の指定を受けている指定医療機関及び指定薬局のうち、治療を受ける指定医療機関を記載すること。</p> <p>2 葉用化粧品の専門医の診断書(様式第2号)、申請者の氏名が記載された被保険者証、組合員登録の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者の記載のある住民票の写し、並びに申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定に基づく市町民税(所得額)の課税状況を証明する書類(1月から5月に申請の場合:前年度分、6月から12月に申請の場合:現年度分)を添付すること。</p> <p>3 受給者証を保持する対象患者が、広島県外から転入し、転入日においても引き続き受給者証の交付を受けようとする場合は、転入日の属する月の翌月末までに申請し、転出前に交付されていた受給者証の写し等を添付すること。</p> <p>4 判決が下されることがありますのは、次の基準を満たした場合に限られるので、申請に添付しては不適切と判断するところ。</p> <p>認定要件</p> <p>(1) HCV-RNA陽性</p> <p>HCV-RNA陽性で、かつ、HCV-RNA検出より既往性活動性肝炎や、インクーフェロン治療を行った者は、又はインクーフェロン治療を受けた者のうち、肝がんの合併症の有り者(ただし、ペグインクーフェロン治療を受けた場合は、原則的に肝がんの合併症の有り者と見なす)。</p> <p>※ 下記に記載しておきたい場合は受けさせることは、これまでにペグインクーフェロン治療による治療を受けたことがある場合は、必ず該欄による治療を受けさせ場合とする。</p> <p>(2) 術操作肝疾患</p> <p>ア インクーフェロン治療治療並びにインクーフェロン及びリバビリシン併用治療によって、HCV-RNA陽性C型慢性肝炎及び初期性肝硬変で、インクーフェロン治療を行った者、又はインクーフェロン治療中の者(うち、肝がんの合併症の有り者)が、これまでの治療において、少なくとも3箇所開創部(ペイアンタ・フロコン・リバビリシン及びソラブリビン)にまでC型慢性肝炎が示された場合を除く。</p> <p>※ 下記に記載しておきたい場合は受けさせることは、以下の(ア)・(イ)どちらかに手書きして記入する場合とする。</p> <p>(ア)これまで治療において、主治療のペイアンタ・フロコン及びリバビリシン治療効果によるオトコ細胞を行ったが、次回もまたHCV-RNAが陰性化しなかったケース</p> <p>(イ)これまでの治療において、ペイアンタ・フロコン及びリバビリシン併用効果によるオトコ細胞が行わなかったケース</p> <p>イ ペイアンタ・フロコン・リバビリシン及びソラブリビン併用治療併用法について</p> <p>HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、ペイアンタ・フロコン・リバビリシン及びソラブリビルによるオトコ細胞併用法を行はず、又は肝がんの有り者では、これまでの併用治療を受けたことがなく、治療開始前の合併症の有りの場合は、</p> <p>※1 お読み下さい。1回の内服量を半量とする。ただし、(ア)・(イ)に該当する場合は内服量を記入下さい。</p> <p>※2 小児用投与量は算出、自家免疫疾患治療薬使用費負担個人民(日本政府料金会議の算出)又は適用料金又は算出料金に掛かる者に限る。と記載し、日本政府料金会議の算出料金を算出する場合に限る。</p> <p>肝疾患インクーフェロン治療効果判定報告書について</p> <ul style="list-style-type: none"> 公費負担(広島県肝炎治療特別推進事業)によって受けた肝炎インクーフェロン治療に係る治療結果及び結果について、診断書作成医療機関が肝疾患インクーフェロン治療効果判定報告書を作成し、広島県に提出します。 この報告書に記載された内容は、厚生労働省肝炎等対策緊急対策研究事業の研究機関が取りまとめを行います。 この報告書に記載された内容の使用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、肝炎検査対策を推進する目的以外に使用することはありません。また、個人が識別される情報の公表等は行いません。 特に異議がない場合は、同意があったものとみなします。 	<p style="text-align: center;">認証</p> <p>※ 1 医療機関・薬局欄には、加筆の指定を受けている指定医療機関及び指定薬局のうち、治療を受ける指定医療機関と調剤を受ける指定薬局を記入すること。</p> <p>2 専門医療機関の専門医の診断書(様式第2号)、申請者の氏名が記載された被保険者証、組合員登録の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者の記載のある住民票の写し、並びに申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定に基づく市町民税(所得額)の課税状況を証明する書類(1月から5月に申請の場合:前年度分、6月から12月に申請の場合:現年度分)を添付すること。</p> <p>3 受給者証を保持する対象患者が、広島県外から転入し、転入日においても引き続き受給者証の交付を受けようとする場合は、転入日の属する月の翌月末までに申請し、転出前に交付されていた受給者証の写し等を添付すること。</p> <p>4 インクーフェロン治療において2回目の効果を受けることができる者は、次の要件を満たした場合に限られるので、申請に当たっては主治医とよく相談すること。</p> <p>認定要件</p> <p>1 B型慢性肝炎</p> <p>両側の治療がペグインクーフェロン療法による治療ではない者が調製剤による治療を受ける場合</p> <p>2 C型慢性肝炎</p> <p>以下の(1)、(2)のいずれにも該当しない場合。</p> <p>(1) 前回の治療において、十分量のペグインクーフェロン及びリバビリシン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース</p> <p>(2) 前回の治療において、ペグインクーフェロン及びリバビリシン併用療法による72週投与が行われたケース</p> <p>肝疾患インクーフェロン治療効果判定報告書について</p> <ul style="list-style-type: none"> 公費負担(広島県肝炎治療特別推進事業)によって受けた肝炎インクーフェロン治療に係る治療結果及び結果について、診断書作成医療機関が肝疾患インクーフェロン治療効果判定報告書を作成し、広島県に提出します。 この報告書に記載された内容は、厚生労働省肝炎等対策緊急対策研究事業の研究機関が取りまとめを行います。 この報告書に記載された内容の使用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、肝炎検査対策を推進する目的以外に使用することはありません。また、個人が識別される情報の公表等は行いません。 特に異議がない場合は、同意があったものとみなします。

改正後	現行
様式第1－2号（第3関係） (略)	様式第1－2号（第3関係） (略)

改正後	現行																																												
<p>※削除（様式第2－6号を新設）</p>	<p>様式第1－3号（第3関係）</p> <p style="text-align: right;">（裏面） 【肝炎検査アリクタ製剤治療の更新申請に係る担当専門医の認證欄】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">診断年月</th> <th style="width: 15%;">順次・平成 年　月</th> <th style="width: 15%;">依頼医 (あては記 載する方)</th> <th style="width: 15%;">医療機関名 記載名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">更新専用データ （検査日：平成　年　月　日） （該当する番号を○で囲む。） ① 慢性肝炎　② 慢性肝炎ウイルスによる ③ 代償性肝硬変　④ 慢性肝炎ウイルスによる ⑤ 非代償性肝硬変　⑥ 刺激性ウイルスによる</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">LogIn/Out (Eng. Only)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">（検査日：平成　年　月　日） ① ② ③ ④ ⑤ ⑥</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">（検査日：平成　年　月　日） 病状：</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">（該当する番号を○で囲む。） ① 慢性肝炎ウイルスによる ② 代償性肝硬変　③ 慢性肝炎ウイルスによる ④ 非代償性肝硬変　⑤ 刺激性ウイルスによる</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">（該当する番号を○で囲む。） ① エンタカビクタ製剤 ② ラミブジン製剤 ③ グリホビカル製剤 ④ ラミブジン＋アデボビル ⑤ その他（具体的に記載する。）</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">（該当する番号を○で囲む。） 前回申請時からの治療薬の変更　① 有り　② 無し ① 有りに○の場合は　）　変更箇所（平成　年　月　日）</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">（該当する番号を○で囲む。） 治療上の問題点等</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">上記のとおり、非型慢性肝炎に対する核酸アリクタ製剤治療の認証が必要であると認めます。 記載年月日　平成　年　月　日 医療機関名及び所在地</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">専門医　氏名　　㊞</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">※1 記載日から起算して3か月以内のものがあることを。 ※2 認証専用データは、記載日から起算して3か月以内の資料に基づいて認証すること。 ※3 併用患者支援ネットワーク登録以外の専門医の医療機関の専門医が認証する場合については、当該医療機関で治療する患者についてのみ記載すること。 ※4 記入漏れのある場合は、認証できないことがありますので、注意すること。</p>	診断年月	順次・平成 年　月	依頼医 (あては記 載する方)	医療機関名 記載名				更新専用データ （検査日：平成　年　月　日） （該当する番号を○で囲む。） ① 慢性肝炎　② 慢性肝炎ウイルスによる ③ 代償性肝硬変　④ 慢性肝炎ウイルスによる ⑤ 非代償性肝硬変　⑥ 刺激性ウイルスによる				LogIn/Out (Eng. Only)				（検査日：平成　年　月　日） ① ② ③ ④ ⑤ ⑥				（検査日：平成　年　月　日） 病状：				（該当する番号を○で囲む。） ① 慢性肝炎ウイルスによる ② 代償性肝硬変　③ 慢性肝炎ウイルスによる ④ 非代償性肝硬変　⑤ 刺激性ウイルスによる				（該当する番号を○で囲む。） ① エンタカビクタ製剤 ② ラミブジン製剤 ③ グリホビカル製剤 ④ ラミブジン＋アデボビル ⑤ その他（具体的に記載する。）				（該当する番号を○で囲む。） 前回申請時からの治療薬の変更　① 有り　② 無し ① 有りに○の場合は　）　変更箇所（平成　年　月　日）				（該当する番号を○で囲む。） 治療上の問題点等				上記のとおり、非型慢性肝炎に対する核酸アリクタ製剤治療の認証が必要であると認めます。 記載年月日　平成　年　月　日 医療機関名及び所在地				専門医　氏名　　㊞
診断年月	順次・平成 年　月	依頼医 (あては記 載する方)	医療機関名 記載名																																										
			更新専用データ （検査日：平成　年　月　日） （該当する番号を○で囲む。） ① 慢性肝炎　② 慢性肝炎ウイルスによる ③ 代償性肝硬変　④ 慢性肝炎ウイルスによる ⑤ 非代償性肝硬変　⑥ 刺激性ウイルスによる																																										
			LogIn/Out (Eng. Only)																																										
			（検査日：平成　年　月　日） ① ② ③ ④ ⑤ ⑥																																										
			（検査日：平成　年　月　日） 病状：																																										
			（該当する番号を○で囲む。） ① 慢性肝炎ウイルスによる ② 代償性肝硬変　③ 慢性肝炎ウイルスによる ④ 非代償性肝硬変　⑤ 刺激性ウイルスによる																																										
			（該当する番号を○で囲む。） ① エンタカビクタ製剤 ② ラミブジン製剤 ③ グリホビカル製剤 ④ ラミブジン＋アデボビル ⑤ その他（具体的に記載する。）																																										
			（該当する番号を○で囲む。） 前回申請時からの治療薬の変更　① 有り　② 無し ① 有りに○の場合は　）　変更箇所（平成　年　月　日）																																										
			（該当する番号を○で囲む。） 治療上の問題点等																																										
			上記のとおり、非型慢性肝炎に対する核酸アリクタ製剤治療の認証が必要であると認めます。 記載年月日　平成　年　月　日 医療機関名及び所在地																																										
			専門医　氏名　　㊞																																										

改正後	現行
様式第1－4号（第3関係） （略）	様式第1－4号（第3関係） （略）

改正後	現行
<p>(表一函) 様式第1-5号(第6欄)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">(72週投与用)</p> <p>肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書(A)</p> <p>(申請者記載欄) 広島県知事様</p> <p>私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に因し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。</p> <p>※以下の項目すべてに記入の上、墨名・押印してください。</p> <p>記載年月日 平成 年 月 日 ふりがな 申請者氏名 印 性別(男・女) 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 生(満 歳) 現住所 〒 -</p> <p>電話番号 () -</p> <p>※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入してください。</p> <p>受給者番号 <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>現行有効期間(開始 平成 年 月 日～終了 平成 年 月 日)</p> </div> <p>注1) 本申請書(A)に、お手持ちの受給者証を添付して、広島県に申請してください。 2) 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。 3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。 4) 担当専門医とは、原則、申請書提出時の診断医です。</p> <p>※ 変更なし</p>	<p>(表一函) 様式第1-5号(第6欄)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">(72週投与用)</p> <p>肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書(A)</p> <p>(申請者記載欄) 広島県知事様</p> <p>私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に因し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。</p> <p>※以下の項目すべてに記入の上、墨名・押印してください。</p> <p>記載年月日 平成 年 月 日 ふりがな 申請者氏名 印 性別(男・女) 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 生(満 歳) 現住所 〒 -</p> <p>電話番号 () -</p> <p>※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入してください。</p> <p>受給者番号 <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>現行有効期間(開始 平成 年 月 日～終了 平成 年 月 日)</p> </div> <p>注1) 本申請書(A)に、お手持ちの受給者証を添付して、広島県に申請してください。 2) 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。 3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。 4) 担当専門医とは、原則、申請書提出時の診断医です。</p>

改正後	現行
様式第1-5号 (第6関係)	様式第1-5号 (第6関係)
<p style="text-align: center;">(裏面)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>(担当専門医記載欄) ※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・押印してください。 記載年月日 平成 年 月 日 医療機関名 () その所在地 (〒) 担当専門医師名 印</p> <p>施設事項 ※ 標准専門医候補時、該当する場合、共通項目の□、かく、(1)若しくは(2)の□にチェックを入れてください。 (有効期間延長の規定には、共通項目のすべての□、かく(1)若しくは(2)のすべての□にチェックが入っていることが必要です。) 申請者 ()、ありがな ()について、C型慢性肝炎セログループ1かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、 (共同項目) □ 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。 □ 申請者の治療前ウイルス量については、セログループ1かつ高ウイルス量である。 □ 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に速減して24週間を延長するもので、治療開始から最大で26週間である。 (変更後の予定期間) (開始:平成 年 月 ~ 終了:平成 年 月予定) (1) これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法が選を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化したが再燃した者で、『今回の治療において、HCV-RNAが投与開始後36週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。 □ 申請者は、これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法が選を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化したが再燃した者である。 □ 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で推移中である(一時休業期間は除く。)。 □ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。 投与開始後、継続的に治療を受け、 ・投与開始後36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休業期間は除く。) (2) (1)に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始後12週目にHCV-RNA量が前値の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性(Real time PCR)で、36週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので、48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。 □ 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の標準的治療(48週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で推移中である(一時休業期間は除く。)。 □ 申請者の治療経過について、下記の項目を満たす症例と判断されること。 投与開始後、継続的に治療を受け、 ・投与12週後は、HCV RNA が陽性のままであり、かつ、HCV RNA 量が前値の1/100 以下に低下 ・投与36週までにHCV-RNA が陰性化(一時休業期間は除く。) (3) ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意において、 「本剤を16週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。</p> </div>	<p style="text-align: center;">(裏面)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>(担当専門医記載欄) ※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・押印してください。 記載年月日 平成 年 月 日 医療機関名 () その所在地 (〒) 担当専門医師名 印</p> <p>施設事項 ※ 標准専門医候補時、該当する場合、共通項目の□、かく、(1)若しくは(2)の□にチェックを入れてください。 (有効期間延長の規定には、共通項目のすべての□、かく(1)若しくは(2)のすべての□にチェックが入っていることが必要です。) 申請者 ()、ありがな ()について、C型慢性肝炎セログループ1かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、 (共同項目) □ 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。 □ 申請者の治療前ウイルス量については、セログループ1かつ高ウイルス量である。 □ 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に速減して24週間を延長するもので、治療開始から最大で26週間である。 (変更後の予定期間) (開始:平成 年 月 ~ 終了:平成 年 月予定) (1) 並回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化したが再燃した者で、『今回の治療において、HCV-RNAが投与開始後36週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。 □ 申請者は、並回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法が選を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化したが再燃した者である。 □ 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で推移中である(一時休業期間は除く。)。 □ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。 投与開始後、継続的に治療を受け、 ・投与開始後36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休業期間は除く。) (2) (1)に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始後12週目にHCV-RNA量が前値の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性(Real time PCR)で、36週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので、48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。 □ 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の標準的治療(48週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で推移中である(一時休業期間は除く。)。 □ 申請者の治療経過について、下記の項目を満たす症例と判断されること。 投与開始後、継続的に治療を受け、 ・投与12週後は、HCV RNA が陽性のままであり、かつ、HCV RNA 量が前値の1/100 以下に低下 ・投与36週までにHCV-RNA が陰性化(一時休業期間は除く。) (3) ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意において、 「本剤を16週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。</p> </div>

改正後	現行
<p>様式第1-6号(第6開脚)</p> <p style="text-align: center;">(副作用等延長用)</p> <p>肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書(B)</p> <p>(申請者記載欄) 佐島駿知事様 私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を越える可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。</p> <p>*以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。 記載年月日 平成 年 月 日 ふりがな 申請者氏名 印 性別(男・女) 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生(満 歳) 現住所 幸一 電話番号 () - ※お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入してください。 受給者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 現行有効期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日) (担当専門医記入欄) 申請者()：ふりがな)について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわずかに超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長が必要であると判断する。 ※申請者が設けている治療科マダラレビルを含む)資料相談室(2・4課)の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の要因にはチェックを入れてあることを確認下さい。 □ 治療実績登録上、日本肝臓学会肝臓専門医が登録し、日本皮膚科学会認定専門医の資格を持つ皮膚科専門医で構成している。 記載年月日 平成 年 月 日 医療機関名() その所在地 幸一 電話番号 () - 担当専門医職名 印 (注)なお、副作用等の要因について、既担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますので御了承ください。 注1) 本申請書(B)に、お手持ちの受給者証を添付して、玄関口に申請してください。 2) 延長は、現行有効期間に引き続く2ヶ月を限度とします。 3) 記入漏れがある場合は、認定されないことがありますので御注意ください。</p>	<p>様式第1-6号(第6開脚)</p> <p style="text-align: center;">(副作用等延長用)</p> <p>肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書(B)</p> <p>(申請者記載欄) 佐島駿知事様 私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を越える可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。</p> <p>*以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。 記載年月日 平成 年 月 日 ふりがな 申請者氏名 印 性別(男・女) 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生(満 歳) 現住所 幸一 電話番号 () - ※お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入してください。 受給者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 現行有効期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日) (担当専門医記入欄) 申請者()：ふりがな)について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわずかに超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長が必要であると判断する。 記載年月日 平成 年 月 日 医療機関名() その所在地 幸一 電話番号 () - 担当専門医職名 印 (注)なお、副作用等の要因について、既担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますので御了承ください。 注1) 本申請書(B)に、お手持ちの受給者証を添付して、玄関口に申請してください。 2) 延長は、現行有効期間に引き続く2ヶ月を限度とします。 3) 記入漏れがある場合は、認定されないことがありますので御注意ください。</p>

改正後				現行																																																																																							
様式第2-1号(第3関係) 肝炎治療受給者証(3種併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)				様式第2-1号(第3関係) 肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>ふりがな 患者氏名</td><td>性別</td><td colspan="2">生年月日(年齢)</td></tr> <tr> <td></td><td>男・女</td><td>昭和 年 月 日 生(歳)</td><td>(歳)</td></tr> <tr> <td>患者住所</td><td>〒</td><td colspan="2">電話番号()</td></tr> <tr> <td>診断年月</td><td>昭和・平成 年 月</td><td>依頼医 (あれば記 せても可 能)</td><td>医療機関名 長崎名</td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>□これまでの治療において十分以上の効果無効法(=インターフェロン、リバシラン及びチラム 等)に対する反応を認めていない。 △既往の治療歴なし △既往の治療歴があるが、十分以上の効果を認めていない。 △他の薬剤(具体的な記載)</p> </td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>◎既往のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. 1. 2について、治療対象のウイルス性肝炎の番号を○で囲み必要事項を記入する。 1.1型肝炎ウイルスマーカー(該当する方を○で囲む。) (1) Hba 抗原 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (2) Hba 抗体 (+ -) Hba 抗体 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV- RNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (該当する方を○で囲む。) (2) ウィルス型 セログルーピング(セログループ 1・セログループ 2 又は ジエノタイプ(あれば記載する) 1b・2a・2b・その他())</p> <p>3 血液検査(検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l 白血球数 /mm^3 ALT IU/l ヘモグロビン濃度 g/dl 血小板数 $\times 10^3/\text{mm}^3$</p> <p>4 肝障害及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 平成 年 月 日) 所見:</p> </td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>診 断</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1 症状肝炎(由型肝炎ウイルスによる) 2 肝炎肝炎(非型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変(重型肝炎ウイルスによる)</p> </td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>本診断書作成時における肝炎の有無</p> <p>1 有り 2 無し</p> </td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>治療内容</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1.インターフェロン製剤単剤 2.インターフェロン製剤単剤 3.ペガインターフェロン製剤単剤 4.ペジインターフェロン製剤+リバピリシン製剤 5.インターフェロン製剤+リバピリシン製剤 6.その他(具体的に記載する) 治療予定期間 週(平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p> </td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>投与状況</p> <p>(該当する番号を○で囲む) 治療上の問題点等</p> <p>1 初回 2 再投与</p> </td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>医師署名及内所在地</p> <p>記載年月日 平成 年 月 日</p> <p>専門医 氏名 病院名</p> </td></tr> </table>				ふりがな 患者氏名	性別	生年月日(年齢)			男・女	昭和 年 月 日 生(歳)	(歳)	患者住所	〒	電話番号()		診断年月	昭和・平成 年 月	依頼医 (あれば記 せても可 能)	医療機関名 長崎名	<p>□これまでの治療において十分以上の効果無効法(=インターフェロン、リバシラン及びチラム 等)に対する反応を認めていない。 △既往の治療歴なし △既往の治療歴があるが、十分以上の効果を認めていない。 △他の薬剤(具体的な記載)</p>				<p>◎既往のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. 1. 2について、治療対象のウイルス性肝炎の番号を○で囲み必要事項を記入する。 1.1型肝炎ウイルスマーカー(該当する方を○で囲む。) (1) Hba 抗原 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (2) Hba 抗体 (+ -) Hba 抗体 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV- RNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (該当する方を○で囲む。) (2) ウィルス型 セログルーピング(セログループ 1・セログループ 2 又は ジエノタイプ(あれば記載する) 1b・2a・2b・その他())</p> <p>3 血液検査(検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l 白血球数 /mm^3 ALT IU/l ヘモグロビン濃度 g/dl 血小板数 $\times 10^3/\text{mm}^3$</p> <p>4 肝障害及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 平成 年 月 日) 所見:</p>				<p>診 断</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1 症状肝炎(由型肝炎ウイルスによる) 2 肝炎肝炎(非型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変(重型肝炎ウイルスによる)</p>				<p>本診断書作成時における肝炎の有無</p> <p>1 有り 2 無し</p>				<p>治療内容</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1.インターフェロン製剤単剤 2.インターフェロン製剤単剤 3.ペガインターフェロン製剤単剤 4.ペジインターフェロン製剤+リバピリシン製剤 5.インターフェロン製剤+リバピリシン製剤 6.その他(具体的に記載する) 治療予定期間 週(平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>				<p>投与状況</p> <p>(該当する番号を○で囲む) 治療上の問題点等</p> <p>1 初回 2 再投与</p>				<p>医師署名及内所在地</p> <p>記載年月日 平成 年 月 日</p> <p>専門医 氏名 病院名</p>				<table border="1"> <tr> <td>ふりがな 患者氏名</td><td>性別</td><td colspan="2">生年月日(年齢)</td></tr> <tr> <td></td><td>男・女</td><td>昭和 年 月 日 生(歳)</td><td>(歳)</td></tr> <tr> <td>患者住所</td><td>〒</td><td colspan="2">電話番号()</td></tr> <tr> <td>診断年月</td><td>昭和・平成 年 月</td><td>依頼医 (あれば記 せても可 能)</td><td>医療機関名 長崎名</td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>△インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1, 2については、治療対象のウイルス性肝炎の番号を○で囲み必要事項を記入する。 1.1型肝炎ウイルスマーカー(該当する方を○で囲む。) (1) Hba 抗原 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (2) Hba 抗体 (+ -) Hba 抗体 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV- RNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (該当する方を○で囲む。) (2) ウィルス型 セログルーピング(セログループ 1・セログループ 2 又は ジエノタイプ(あれば記載する) 1b・2a・2b・その他())</p> <p>3 血液検査(検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l 白血球数 /mm^3 ALT IU/l ヘモグロビン濃度 g/dl 血小板数 $\times 10^3/\text{mm}^3$</p> <p>4 肝障害及び肝生検などの所見(検査日: 平成 年 月 日) 所見:</p> </td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>診 斷</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1 症状肝炎(由型肝炎ウイルスによる) 2 肝炎肝炎(非型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変(重型肝炎ウイルスによる)</p> </td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>本診断書作成時における肝炎の有無</p> <p>1 有り 2 無し</p> </td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>治療内容</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1.インターフェロン製剤単剤 2.インターフェロン製剤単剤 3.ペガインターフェロン製剤単剤 4.ペジインターフェロン製剤+リバピリシン製剤 5.インターフェロン製剤+リバピリシン製剤 6.その他(具体的に記載する) 治療予定期間 週(平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p> </td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>投与状況</p> <p>(該当する番号を○で囲む) 治療上の問題点等</p> <p>1 初回 2 再投与</p> </td></tr> <tr> <td colspan="4"> <p>医師署名及内所在地</p> <p>記載年月日 平成 年 月 日</p> <p>専門医 氏名 病院名</p> </td></tr> </table>				ふりがな 患者氏名	性別	生年月日(年齢)			男・女	昭和 年 月 日 生(歳)	(歳)	患者住所	〒	電話番号()		診断年月	昭和・平成 年 月	依頼医 (あれば記 せても可 能)	医療機関名 長崎名	<p>△インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1, 2については、治療対象のウイルス性肝炎の番号を○で囲み必要事項を記入する。 1.1型肝炎ウイルスマーカー(該当する方を○で囲む。) (1) Hba 抗原 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (2) Hba 抗体 (+ -) Hba 抗体 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV- RNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (該当する方を○で囲む。) (2) ウィルス型 セログルーピング(セログループ 1・セログループ 2 又は ジエノタイプ(あれば記載する) 1b・2a・2b・その他())</p> <p>3 血液検査(検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l 白血球数 /mm^3 ALT IU/l ヘモグロビン濃度 g/dl 血小板数 $\times 10^3/\text{mm}^3$</p> <p>4 肝障害及び肝生検などの所見(検査日: 平成 年 月 日) 所見:</p>				<p>診 斷</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1 症状肝炎(由型肝炎ウイルスによる) 2 肝炎肝炎(非型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変(重型肝炎ウイルスによる)</p>				<p>本診断書作成時における肝炎の有無</p> <p>1 有り 2 無し</p>				<p>治療内容</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1.インターフェロン製剤単剤 2.インターフェロン製剤単剤 3.ペガインターフェロン製剤単剤 4.ペジインターフェロン製剤+リバピリシン製剤 5.インターフェロン製剤+リバピリシン製剤 6.その他(具体的に記載する) 治療予定期間 週(平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>				<p>投与状況</p> <p>(該当する番号を○で囲む) 治療上の問題点等</p> <p>1 初回 2 再投与</p>				<p>医師署名及内所在地</p> <p>記載年月日 平成 年 月 日</p> <p>専門医 氏名 病院名</p>			
ふりがな 患者氏名	性別	生年月日(年齢)																																																																																									
	男・女	昭和 年 月 日 生(歳)	(歳)																																																																																								
患者住所	〒	電話番号()																																																																																									
診断年月	昭和・平成 年 月	依頼医 (あれば記 せても可 能)	医療機関名 長崎名																																																																																								
<p>□これまでの治療において十分以上の効果無効法(=インターフェロン、リバシラン及びチラム 等)に対する反応を認めていない。 △既往の治療歴なし △既往の治療歴があるが、十分以上の効果を認めていない。 △他の薬剤(具体的な記載)</p>																																																																																											
<p>◎既往のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. 1. 2について、治療対象のウイルス性肝炎の番号を○で囲み必要事項を記入する。 1.1型肝炎ウイルスマーカー(該当する方を○で囲む。) (1) Hba 抗原 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (2) Hba 抗体 (+ -) Hba 抗体 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV- RNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (該当する方を○で囲む。) (2) ウィルス型 セログルーピング(セログループ 1・セログループ 2 又は ジエノタイプ(あれば記載する) 1b・2a・2b・その他())</p> <p>3 血液検査(検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l 白血球数 /mm^3 ALT IU/l ヘモグロビン濃度 g/dl 血小板数 $\times 10^3/\text{mm}^3$</p> <p>4 肝障害及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 平成 年 月 日) 所見:</p>																																																																																											
<p>診 断</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1 症状肝炎(由型肝炎ウイルスによる) 2 肝炎肝炎(非型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変(重型肝炎ウイルスによる)</p>																																																																																											
<p>本診断書作成時における肝炎の有無</p> <p>1 有り 2 無し</p>																																																																																											
<p>治療内容</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1.インターフェロン製剤単剤 2.インターフェロン製剤単剤 3.ペガインターフェロン製剤単剤 4.ペジインターフェロン製剤+リバピリシン製剤 5.インターフェロン製剤+リバピリシン製剤 6.その他(具体的に記載する) 治療予定期間 週(平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>																																																																																											
<p>投与状況</p> <p>(該当する番号を○で囲む) 治療上の問題点等</p> <p>1 初回 2 再投与</p>																																																																																											
<p>医師署名及内所在地</p> <p>記載年月日 平成 年 月 日</p> <p>専門医 氏名 病院名</p>																																																																																											
ふりがな 患者氏名	性別	生年月日(年齢)																																																																																									
	男・女	昭和 年 月 日 生(歳)	(歳)																																																																																								
患者住所	〒	電話番号()																																																																																									
診断年月	昭和・平成 年 月	依頼医 (あれば記 せても可 能)	医療機関名 長崎名																																																																																								
<p>△インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1, 2については、治療対象のウイルス性肝炎の番号を○で囲み必要事項を記入する。 1.1型肝炎ウイルスマーカー(該当する方を○で囲む。) (1) Hba 抗原 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (2) Hba 抗体 (+ -) Hba 抗体 (+ -) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV- RNA 定量 Log IU/ml (log. MUL 法) (該当する方を○で囲む。) (2) ウィルス型 セログルーピング(セログループ 1・セログループ 2 又は ジエノタイプ(あれば記載する) 1b・2a・2b・その他())</p> <p>3 血液検査(検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l 白血球数 /mm^3 ALT IU/l ヘモグロビン濃度 g/dl 血小板数 $\times 10^3/\text{mm}^3$</p> <p>4 肝障害及び肝生検などの所見(検査日: 平成 年 月 日) 所見:</p>																																																																																											
<p>診 斷</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1 症状肝炎(由型肝炎ウイルスによる) 2 肝炎肝炎(非型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変(重型肝炎ウイルスによる)</p>																																																																																											
<p>本診断書作成時における肝炎の有無</p> <p>1 有り 2 無し</p>																																																																																											
<p>治療内容</p> <p>(該当する番号を○で囲む。) 1.インターフェロン製剤単剤 2.インターフェロン製剤単剤 3.ペガインターフェロン製剤単剤 4.ペジインターフェロン製剤+リバピリシン製剤 5.インターフェロン製剤+リバピリシン製剤 6.その他(具体的に記載する) 治療予定期間 週(平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>																																																																																											
<p>投与状況</p> <p>(該当する番号を○で囲む) 治療上の問題点等</p> <p>1 初回 2 再投与</p>																																																																																											
<p>医師署名及内所在地</p> <p>記載年月日 平成 年 月 日</p> <p>専門医 氏名 病院名</p>																																																																																											

- ※1 診断書は、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 Hba 抗原、Hba 抗体、Hba 抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に括りで記載すること。
 3 肝炎患者登録ネットワーク体制以外の専門医療機関の専門医の診断書にあっては、当該医療機関で治療する患者についてのみ記載すること。
 4 複数開設のある場合は、認定できないことがあるので、注意すること。

改正後				現行				
<p>株式第2-2号(第3回際) (表面)</p> <p>肝炎治療受給者証(3種併用制度を除くインテーフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)</p>				<p>株式第2-2号(第3回際) (表面)</p> <p>肝炎治療受給者証(インテーフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)</p>				
ふりがな 患者氏名	性別		年齢月日(年齢)		性別	年齢月日(年齢)		
	男・女	明暦 大字	年 月 日	性別 年 月 日		年 月 日		
患者住所								
診断年月	検査番号()				検査番号()			
	昭和・平成 年 月	姓 姓 (ふりがな あれば記 せよ。)	医療機関名 医療機関名			姓 姓 (ふりがな あれば記 せよ。)	医療機関名 医療機関名	
過去の治療歴	<p>該当する方を△で記入する。</p> <p>(1) △ 慢性活動性肝炎の場合は □これまでにハグインターやヘパビリシン併用治療を受けている。</p> <p>(2) △ 慢性肝炎又は△慢性肝炎疾患の場合 □これまでにハグインターやヘパビリシン併用治療(△ハグインターアコロ)、リバピリシン及びリラブレ ン等(△ハグインターアコロのみ)を受けている。</p> <p>△既往の治療歴を記入し、 1. ① 既往用治療の治療歴なし 2. ② 既往用治療の治療歴あり(上記の段落を記述せよ) 3. ③ 具体的記述なし</p> <p>以下の点、△印の下に△記入すれば該当しない。 (1) △これまでの治療歴において、才分後ハグインテーフェロン及びリバピリシン併用療法の併用投与を行 ったが、該投与までにHBs-AGが陽性化しなかったケース。 (2) △これまでの治療歴において、ハグインテーフェロン及びリバセリン併用療法による△該投与を行わ れたケース</p>							
検査所見	<p>△今回のハグインテーフェロン併用療法の検査結果を記入する。</p> <p>△1. 2.について△は、检测部位のウイルス性肝炎の潜伏期で検査外診断項目を記入する。</p> <p>1.△肝針炎ウイルスマーカー △該当する方を△で記入する。</p> <p>(1) Hbs 抗原(+) (検査日: 平成 年 月 日) (2) HBc 抗原(+) (Hbc 抗体(+) →) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 (ng/ml) (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>2.△肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA 定量 (ng/ml) (検査日: 平成 年 月 日) (2) ウィルス学 (セログループ1・セログループ2 又は ハグインターグループ(検査結果記載する) 1a・2a・2b・その他()</p> <p>3.血腎検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ U/L (測定値) _____ /ml ALT _____ U/L (測定値) _____ /ml 小細胞 _____ × 10³ /ml</p> <p>4. 前述検査の肝生検などの既往(△既往の記載) (検査日: 平成 年 月 日) 明記:</p>							
診断	<p>△該当する項目を△で記入する。</p> <p>1. 慢性肝炎 (既往歴ウイルスに△記入) 2. 慢性肝炎 (既往歴ウイルスに△記入) 3. 慢性肝炎疾患 (既往歴ウイルスに△記入)</p>							
	<p>△1. 有り 2. 無し</p>							
本診断書提出時に該当するがんの有無	<p>△該当する場合を△で記入する。</p> <p>1. インターエフェロン・製剤既往 2. インターエフェロニア型加算 3. ハグインターアコロ型加算 4. ハグインターアコロ併用リバピリシン製剤 5. ハグインターアコロ併用リバセリン製剤 6. その他(具体的に記述する。)</p>							
治療内容	<p>△該当する場合は△で記入する。</p> <p>1. インターエフェロン・製剤既往 2. インターエフェロニア型加算 3. ハグインターアコロ型加算 4. ハグインターアコロ併用リバピリシン製剤 5. ハグインターアコロ併用リバセリン製剤 6. その他(具体的に記述する。)</p>							
治療上の問題点	<p>△該当する場合は△で記入する。</p> <p>1. 治療上問題なし 2. 治療上問題あり(記載する。)</p>							
医療機関名及び所在地				記載年月日 平成 年 月 日				
専門医 医名				記載年月日 平成 年 月 日				

改正後	現行
<p>様式第2－2号（第3関係）</p> <p>（裏面）</p> <p>※1 診断書は、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 HbA1c検査、HbA1c前体以外の検査所見は、記載日前も3か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載すること。 3 肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の専門医の診断書にあっては、当該医療機関で治療する患者についてのみ作成すること。 4 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、補正すること。</p> <p>※変更なし</p>	<p>様式第2－2号（第3関係）</p> <p>（裏面）</p> <p>※1 診断書は、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 HbA1c検査、HbA1c前体以外の検査所見は、記載日前も3か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載すること。 3 肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の専門医の診断書にあっては、当該医療機関で治療する患者についてのみ作成すること。 4 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、補正すること。</p>

改正後				現行			
様式第2-3号(第3関係) 肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)				様式第2-3号(第3関係) 肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)			
ふりがな 患者氏名	性別	生年月日(年齢)		ふりがな 患者氏名	性別	生年月日(年齢)	
	男・女	昭和 大正	年 月 日		男・女	昭和 大正	年 月 日
患者住所	電話番号()			患者住所	電話番号()		
診断年月	昭和・平成 年 月	依頼医 (あてはめ する。)	医療機関名 医師名	診断年月	昭和・平成 年 月	依頼医 (あてはめ する。)	医療機関名 医師名
現在の症候	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 なしの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 なし			現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 なし			
検査所見	検査アリロイ(既用治療開始前のデータ 検査できる範囲内に記載する) (検査日: 平成 年 月 日) (検査する方の印で捺む。)			検査データ 検査結果(小括欄内に記載する) (検査日: 平成 年 月 日) (検査する方の印で捺む。)			
	1 型肝炎ウイルス マーカー (1) HBs 抗原 (2) HBc 抗原 (3) HBe 抗体 (4) HBV-DNA 定量 log10/ml. (ng/ml.単位) (その他の定義は、 単位、測定法)			(検査日: 平成 年 月 日) (検査日: 平成 年 月 日) (検査日: 平成 年 月 日) (検査日: 平成 年 月 日)			
検査	2 血清検査 AST ALT 血小板数 ② 画像検査 生検などの検見 (検査日: 平成 年 月 日) (検査日: 平成 年 月 日)			3 直接計測および肝 生検などの検見 (検査日: 平成 年 月 日) (検査日: 平成 年 月 日)			
	(該当する番号を□で固む。) 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)			(検査日: 平成 年 月 日) (検査日: 平成 年 月 日)			
治療内容	(該当する番号を□で固む。) 1 エンタコビド単独 2 ラミツジン単独 3 アデホビズ単独 4 ラミブジン+アデホビル 5 その他 (具体的に記載する。)			治療開始日 (予定を含む) 平成 年 月 日			
治療上の 問題点等							
専門医名及担当部署				担当年月日 平成 年 月 日			
専門医名				専門医名			

※1 診断書は、記載日から起算して3か月以内のものと有効となること。
 2 治療可能3か月以内の資料に記載すること。ただし、「治療開始前データ」については、精査アリロイ(既用治療開始前の資料)に基づいて記載すること。
 3 治療開始前データが不明な場合は、治療開始後、検査できる範囲内の最も古いデータを記載すること。
 4 専門医診査支拂金シートより専門医の専門医診査料の専門医の診査料にあつては、専門医診査料を記載する患者についてのみ作成すること。
 5 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、注意すること。

※1 診断書は、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 治療可能3か月以内の資料に基づいて記載すること。ただし、「治療開始前データ」については、精査アリロイ(既用治療開始前の資料)に基づいて記載すること。
 3 治療開始前データが不明な場合は、治療開始後、検査できる範囲内の最も古いデータを記載すること。
 4 専門医診査料を請求する場合は専門医診査料の専門医の診査料にあつては、専門医診査料を記載する患者についてのみ作成すること。
 5 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、注意すること。

改正後				現行			
様式第2-4号(第3回様)				様式第2-4号(第3回様)			
(裏面)				肝炎治療受給者証(インターフェロン治療・核酸アノログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)			
肝炎治療受給者証(交付申請書と併用するインターフェロン治療・核酸アノログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)		性別 年月日(年齢) 男・女 年月日 生年 大平 (歳、歳)		性別 年月日(年齢) 男・女 年月日 生年 大平 (歳、歳)			
患者性別 男		患者性別 女		患者性別 性別 年月日(年齢) 男・女 年月日 生年 大平 (歳、歳)			
患者住所 〒 都道府県名()		患者住所 〒 都道府県名()		患者住所 〒 都道府県名()			
診断年月 年月 令和元年四月		診断年月 年月 令和元年四月		診断年月 年月 令和元年四月			
現在の治療 現在の治療の有無 有りの場合は、核酸アノログ製剤治療の選択の必要 有り 有り なし なし なし なし		現在の治療 現在の治療の有無 有りの場合は、核酸アノログ製剤治療の選択の必要 有り 有り なし なし なし なし		現在の治療 現在の治療の有無 有りの場合は、核酸アノログ製剤治療の選択の必要 有り 有り なし なし なし なし			
検査所見	1 B型肝炎ウイルスマークー及び血清検査 (1) HBe抗原 (2) HBe 抗体 HBe 抗体 (3) HBV-DNA 定量 Low10/ml (Taq-Man法) (その他の定法) (単位) 測定法		1 B型肝炎ウイルスマークー及び血清検査 (検査日: 平成 年 月 日) (検査する方の名で記入) (検査する方の名で記入) (+ →) (+ →) (+ →) (+ →) Low10/ml (Taq-Man法)		1 B型肝炎ウイルスマークー及び血清検査 (検査日: 平成 年 月 日) (検査する方の名で記入) (検査する方の名で記入) (+ →) (+ →) (+ →) (+ →) Low10/ml (Taq-Man法)		
	(4) 血液検査 AST ALT 血小板数		(検査日: 平成 年 月 日) IU/l IU/l ×10 ³ /mm ³		(検査日: 平成 年 月 日) IU/l IU/l ×10 ³ /mm ³		
	2 C型肝炎ウイルスマークー及び血清検査 C型肝炎ウイルス抗体 C型肝炎ウイルス抗原		2 C型肝炎ウイルスマークー及び血清検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST ALT 血小板数		2 C型肝炎ウイルスマークー及び血清検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST ALT 血小板数		
	3 血液検査および肝生検などの検査(空欄可)		3 血液検査および肝生検などの検査(空欄可) 1 3種類肝炎抗体の検査 2 3種類肝炎の受診歴を記入し、上段の検査を空欄にしない 3 その他、肝生検等		3 血液検査および肝生検などの検査(空欄可) (検査日: 平成 年 月 日)		
	4 尿 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)		4 尿 1 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 2 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)		4 尿 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)		
	本剖検部位における肝がんの有無 1 有り 2 無し		本剖検部位における肝がんの有無 1 有り 2 無し		本剖検部位における肝がんの有無 1 有り 2 無し		
	検査内容		検査する部位を□で囲む 1 インターフェロン製剤単剤 2 インターフェロン単剤単剤 3 ベガシターフェロン製剤単剤 4 ベガシターフェロン製剤単剤+リバピリシン製剤 5 インターフェロン単剤+リバピリシン製剤 6 インターフェロン単剤+リバピリシン製剤 7 リバピリシン単剤 8 リバピリシン単剤 9 リバピリシン単剤 10 その他(具体的に記載する。)		検査する部位を□で囲む 1 インターフェロン製剤単剤 2 インターフェロン単剤単剤 3 ベガシターフェロン製剤単剤 4 ベガシターフェロン製剤単剤+リバピリシン製剤 5 インターフェロン単剤+リバピリシン製剤 6 エンザピル単剤 7 リバピリシン単剤 8 リバピリシン単剤 9 リバピリシン単剤 10 その他(具体的に記載する。)		
	治療予定期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		治療予定期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		治療予定期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		
	治療担当医師名及び所在地 姓氏 専門医 医師登録番号		治療担当医師名 姓氏 専門医 医師登録番号		治療担当医師名 姓氏 専門医 医師登録番号		
	郵便番号 都道府県名 市町村名		郵便番号 都道府県名 市町村名		郵便番号 都道府県名 市町村名		

改正後	現行
<p>様式第2－4号（第3関係）</p> <p>（裏面）</p> <p>※1 診断書は、第4回から記載して日本国内のものが有効となること。</p> <p>2 オンターマヨロイ前成は資料目次から用以て「ただし、治療中の場合は治療開始時、複数アマラガ替換治療は記載日以前が用以ての資料に基づいて記載すること。」と記載すること。ただし、「治療開始前のデータ」については、複数アマラガ替換治療中の場合は、治療開始時の資料に基づいて記載すること。</p> <p>3 治療アマラガ開始時は、治療開始前のデータが不規則場合は、治療開始後、確認できる範囲内の最も古いデータを記載すること。</p> <p>4 牙科的治療歴欄カラリマーク代替以外の専門医療機関の専門家による箇所にあっては、省略治療歴で治療する患者についてのみ作成すること。</p> <p>5 記入漏れのある場合は、記入できないことがあるので、注意すること。</p>	<p>※裏面なし</p>

改正後				現行
様式第2-5号(第2回用)				
軽柔軟吸引装置(トライガーフィアセシ)、リバビン及びグラブレヒルの3種併用法)の使用申請に係る診断書				
ふりがな 患者氏名		性別	年齢月日(年齢)	
		男・女	西暦 大字	年　月　日生(満　歳)
患者住所	〒_____ 郵便番号()			
診断年月	階級・年級 年　月	姓　姓 (おじは姓 姓主いふ姓)	氏名 氏名	
過去の治療歴	教育する場合をオフにする。 白目：治療歴なし(初期検査例) □2：治療歴があるのに先生でない前用療法を受けていない。 □3：治療歴があるのに先生でない前用療法を受けていた。 □4：(オクタノクした場合)前回の治療内容 マ、バタインター、フルコロニル、リバビン併用療法で再燃 イ、バタインター、フルコロニル、リバビン併用療法で再燃 オ、左記以外の治療 (具体的に記載)			
検査明細	各回の治療回数前の所見を記入する 1回目検査(イルスカバー)(検査日：平成　年　月　日) 日　月　日～日　月　日　検査部位(検査部位) (検査部位を○で囲む) 2回目検査(セワグループ1)セワグループ2 文は「ジルノタイプ(めまいは記載する。)」 3回目検査(ジルノタイプ)			
	2回目検査(検査日：平成　年　月　日) A31　　□/□　　台面評価　□/□ 肌T　　□/□　　ヘモグロビン濃度　□　g/dl 血小板数　□×10 ⁴ /ml			
3回目検査(検査日：平成　年　月　日) 文は「ジルノタイプ(めまいは記載する。)」				
診　察	指定する番号を□に選択する。 1 痰性肺炎　(化膿細菌ウイルスによる) 2 代償性肺水腫　(化膿細菌ウイルスによる)			
本疾患歩行能力 における筋力の有無	1：弱り　2：暴れ			
筋肉内因	バタインター、フルコロニル、リバビン及びグラブレヒルの併用療法			
治療予定期間	2～4週(平成　年　月～平成　年　月)			
治療実施医機関について	(以下の項目が△ある場合は該欄対象となりません。) □1：日本呼吸学会会員並びに専門医師会員である。 □2：当該患者の主用用療法の医師に古なり、日本呼吸学会会員並びに専門医師会員又は呼吸疾患に特徴する日本呼吸学会会員並びに専門医師会員である。 (連携医機関名)			
治療上の問題点				
医療機関名及び連絡事	診療年月日　平成　年　月　日			
専門医　姓名				

改正後				現行			
<u>新規第2-8号(第3回目)</u>							
肝炎治療受給者証(核酸アシログ製剤治療)の更新申請に係る診断書							
※新規							
ふりがな 患者氏名		性別	生年月日(年齢)				
		男・女	昭和 太陽 年 月 日生(満 歳)				
患者住所	〒_____						
診断書番号	電話番号(_____)						
診断書用紙	昭和・平成 年 月	依頼医 (おねがひ 機関名)	医療機関名 接觸者				
				更新料金支拂額 (扶養料:平成 年 月 日) (該当する方を記入) 1. 慢性肝炎 (慢性肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (代償性肝硬変ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (非代償性肝硬変ウイルスによる)			
検査所見	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日:平成 年 月 日) _____表/1 _____表/1 _____×10 ⁹ /mm ³					
	5. 内視鏡検査による肝生検を終了した (肝生検部位)	(検査日:平成 年 月 日) (所見: [])					
診断	〔該当する番号を()で囲む。〕 1. 慢性肝炎 (慢性肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (代償性肝硬変ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (非代償性肝硬変ウイルスによる)						
治療内歴	〔該当する番号を()で囲む。〕 1. エンタカビル銀塗 2. ラミブジン事例 3. アデボビル事例 4. ラミブジンアデボビル 5. その他(具体的に記載する。)						
治療薬の変更	〔該当する番号を()で囲む。〕 前回申請時からの治療薬の変更 1. 増量 2. 減量 3. 有効以上の換算 変更前の薬剤名() 変更日(平成 年 月 日)						
治療上の問題点等							
上記のとおり、非代償性肝硬変に対する核酸アシログ製剤治療の取扱いが妥当であることを認めます。							
記載年月日 平成 年 月 日							
医療機関名及び所在地							
専門医 氏名							
全1 診療日から提出して3か月以内のもののが原則とします。 2 診断書直筆データは、認証用紙を複数して3か月以内の資料に基づいて記載することをとどめ、由理院、由治院 3 肝炎治療用薬の開拓料について、既往歴から1年以内の資料に提出して記載すること。 4 肝炎治療用薬及診断スクリーニング検査以外の専門医が認証用紙専門医が記載する場合にあっては、該該医療機関の専門医 5 入院期間のある場合は、認定できないことがありますので、注意すること。							

改正後				現行			
様式第3-1号(第6関係) (裏面) 肝炎治療受給者証 (3剤併用療法を除くインターフェロン治療)				様式第3-1号(第6関係) (裏面) 肝炎治療受給者証 (インターフェロン治療)			
公費負担者番号			受給者番号	公費負担者番号			受給者番号
受 給 者	姓	名		医 療 機 関 ・ 薬 局	姓	名	
	姓	名			姓	名	
	性別	生年月日			性別	生年月日	
疾病名				疾病名			
医 療 機 関 ・ 薬 局				医 療 機 関 ・ 薬 局			
有効期間				有効期間			
自己負担 限度月額			階級	自己負担 限度月額			階級
平成 年 月 日 交付 広島県知事 印				平成 年 月 日 交付 広島県知事 印			
※表記の疾病名及び医療機関・薬局以外では使用できません。							

改正後	現行
様式第3-1号 (第6関係)	様式第3-1号 (第6関係)
<p style="text-align: center;">(裏面)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>肝炎治療特別促進事業 (目的)</p> <p>国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療及び核酸アシログ製剤治療によって、その後の肝硬変、肝がんといった重複的な病態を防ぐことが可能な疾患です。しかしながら、このインターフェロン治療については月額の医療費が高額となること、また、核酸アシログ製剤治療については長期間に亘る治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、このインターフェロン治療及び核酸アシログ製剤治療による医療費を助成し、患者の医療機関等へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、そして市民の健康新保険、導進を図ることを目的としています。</p> <p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> この証を交付された方は、B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎を根拠するために保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療により核酸アシログ製剤治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を割りとする患者一部負担額を受取医療機関、薬局に対して支拂うこととなります。 この事業の対象となる医療は、この証の表面に記載された疾病に対するインターフェロン治療、あるいは、核酸アシログ製剤治療に限られています。 受取医療機関、薬局において診療、治療、調剤を受けるときは、被保険者証、組合員証等に添えて、この証を必ず窗口に提出してください。 受取医療機関、薬局の変更、追加をしようとするときは、速やかに広島県知事に申請してください。 広島県外へ転出し、転出先においてもこの証の交付を受けたいときは、転出日の属する月の翌月末までにこの証の写し等を添えて、転出先の都道府県知事に申請してください。 兵庫、佐賀、大分医療保険、医療保険での負担区分、市町民税（所得割）の課税単位に変更が生じたとき、又は公費負担額扶医療制度の適用者となつたときは、速やかに広島県知事に届け出してください。 治療、死亡等により、あるいはこの事業に優先する国又は地方公共団体が負担する公費負担医療制度の適用者となつたことにより、有効期間のあるこの証を必要としなくなつたときは、この証の原本を添えて、広島県知事に届け出してください。 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、広島県知事に再交付申請をしてください。 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。 <p>連絡先</p> <p>○ 広島県健康医療局業務課 (082)513-3078 ○ お住まいを管轄する広島県保健所（支所） 西部保健所（大竹市、廿日市市） (0829)32-1181 西部保健所広島支所（安芸高田市、安芸郡、山陽郡） (082)513-5826 西部保健所呉支所（吳市、江田島市） (0823)22-5400 西部保健所（竹原市、東広島市、豊田郡） (082)422-9911 東部保健所（三次市、尾道市、北陽郡） (080)225-2911 東部保健所福山支所（福山市、府中市、神石郡） (080)921-1311 北部保健所（三次市、庄原市） (0820)63-5161 岩（ ）内は所属区域</p> </div>	<p style="text-align: center;">(裏面)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>肝炎治療特別促進事業 (目的)</p> <p>国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療及び核酸アシログ製剤治療によって、その後の肝硬変、肝がんといった重複的な病態を防ぐことが可能な疾患です。しかししながら、このインターフェロン治療については月額の医療費が高額となること、また、核酸アシログ製剤治療については長期間に亘る治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、このインターフェロン治療及び核酸アシログ製剤治療による医療費を助成し、患者の医療機関等へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、そして市民の健康新保険、導進を図ることを目的としています。</p> <p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> この証を交付された方は、B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎を根拠するために保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療により核酸アシログ製剤治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を割りとする患者一部負担額を受取医療機関、薬局に対して支拂うこととなります。 この事業の対象となる医療は、この証の表面に記載された疾病に対するインターフェロン治療、あるいは、核酸アシログ製剤治療に限られています。 受取医療機関、薬局において診療、治療、調剤を受けるときは、被保険者証、組合員証等に添えて、この証を必ず窗口に提出してください。 受取医療機関、薬局の変更、追加をしようとするときは、速やかに広島県知事に申請してください。 広島県外へ転出し、転出先においてもこの証の交付を受けたいときは、転出日の属する月の翌月末までにこの証の写し等を添えて、転出先の都道府県知事に申請してください。 氏名、住所、加入医療保険、医療保険での負担区分、市町民税（所得割）の課税単位に変更が生じたとき、又は公費負担額扶医療制度の適用者となつたときは、速やかに広島県知事に届け出してください。 治療、死亡等により、あるいはこの事業に優先する国又は地方公共団体が負担する公費負担医療制度の適用者となつたことにより、有効期間のあるこの証を必要としなくなつたときは、この証の原本を添えて、広島県知事に届け出してください。 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、広島県知事に再交付申請をしてください。 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。 <p>連絡先</p> <p>○ 広島県健康医療局業務課 (082)513-3078 ○ お住まいを管轄する広島県保健所（支所） 西部保健所（大竹市、廿日市市） (0829)32-1181 西部保健所広島支所（安芸高田市、安芸郡、山陽郡） (082)513-5826 西部保健所呉支所（吳市、江田島市） (0823)22-5400 西部保健所（竹原市、東広島市、豊田郡） (082)422-9911 東部保健所（三次市、尾道市、北陽郡） (080)225-2911 東部保健所福山支所（福山市、府中市、神石郡） (080)921-1311 北部保健所（三次市、庄原市） (0820)63-5161 岩（ ）内は所属区域</p> </div>

※ 変更なし

改正後	現行
様式第3－2号（第6関係） (略)	様式第3－2号（第6関係） (略)

改正後				現行																																																				
<u>様式第5-1号</u> (領収欄) <p style="text-align: center;">(裏面)</p> <p style="text-align: center;">肝炎治療受給者証</p> <p style="text-align: center;">(テラブレビルを含む3剤併用療法)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">公費負担者 番 号</td><td></td><td style="width: 15%;">受給者 番 号</td><td></td></tr> <tr> <td>登 録 者</td><td colspan="3">住所</td></tr> <tr> <td></td><td colspan="3">氏 名</td></tr> <tr> <td>性 別</td><td></td><td>生年月日</td><td></td></tr> <tr> <td>疾 患 名</td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td>医 療 機 関、薬 局</td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td></td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td>有 効 期 限</td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td>自己負担 限度月額</td><td colspan="2"></td><td>階 層</td></tr> <tr> <td>平成 一 年 一 月 一 日 支付</td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">広 島 県 知 事</td><td colspan="3" style="text-align: right;">印</td></tr> </table> <p>※表記の病院名及び医療機関・薬局以外では使用できません。</p>				公費負担者 番 号		受給者 番 号		登 録 者	住所				氏 名			性 別		生年月日		疾 患 名				医 療 機 関、薬 局																有 効 期 限				自己負担 限度月額			階 層	平成 一 年 一 月 一 日 支付				広 島 県 知 事	印			※新規
公費負担者 番 号		受給者 番 号																																																						
登 録 者	住所																																																							
	氏 名																																																							
性 別		生年月日																																																						
疾 患 名																																																								
医 療 機 関、薬 局																																																								
有 効 期 限																																																								
自己負担 限度月額			階 層																																																					
平成 一 年 一 月 一 日 支付																																																								
広 島 県 知 事	印																																																							

改正後	現行
<p>様式第3-3号(第6関係)</p> <p style="text-align: center;">(裏面)</p> <p>肝炎治療特別促進事業 (目的) 国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療及び抗ウイルス治療によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な合併症を防ぐことが可能な疾患です。しかしながら、このインターフェロン治療に伴っては巨額の医療費が発生することから、また、抗ウイルス治療についても長期的に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、このインターフェロン治療及び抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関等へのアクセスを改善することにより、桂美の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては県民の健康の保全、増進を図ることを目的としています。</p> <p>注意事項</p> <p>1 この該文書された方には、B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎を根治するための医療機関によりインターフェロン治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するための医療機関により抗ウイルス治療を受けた場合、この該文書に記載された金額を対象とする患者一部負担額を受取医療機関、薬局に対して支払うこととなります。</p> <p>2 この事例の対象となる医療は、この該文書に記載された病院に対するインターフェロン治療、あるいは、抗ウイルス治療に限られています。</p> <p>3 受取医療機関、薬局において診察・治療・薬剤を受けるときは、被保険者証、組合員証等を提示して、この該文書を必ず添付して下さい。</p> <p>4 受取医療機関、薬局の変更、追加をしようとするときは、速やかに広島県知事に申請してください。</p> <p>5 お鳥取県へ転出し、転出先においてもこの該文書を交付を受けるときは、転出日の遅いする月の翌月末までにこの該文書を添付して、転出先の都道府県知事に申請してください。</p> <p>6 共済、扶助、加入医療保険、医療保険での負担区分、市町村税(所得割)の課税年額に変更が生じたときは、又は公費負担医療制度の適用者となつたときは、速やかに広島県知事に届け出してください。</p> <p>7 治療、死亡等により、あるいはこの該文書に優先する医又は被扶助共済料が負担する、公費負担医療制度の適用者となつたことにより、有効期間のあるこの該文書を廃棄しないでください。</p> <p>8 この該文書を破損したり、汚したり又は紛失したときは、広島県知事に再交付申請をしてください。</p> <p>9 <u>患者さんの安心感覚の点から、テレフレピシを含むご相伴用療法の実態について 日本内科学会肝臓専門部会(日本内科学会学術委員会が認定する専門医)の専門知識又は 経験豊富に勤務する者による、)を連絡し、日本内科学会肝臓専門部会が常勤する 医療機関にて決定しています。</u></p> <p>10 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。</p> <p>連絡先</p> <p>(1) 広島県保健局医療政策課 092)513-3029</p> <p>(2) お住まいを管轄する広島県保健所(支所) 西部保健所(大竹市、廿日市市) 092)513-1151 西部保健所(安芸高田市、安芸郡、山県郡) 092)513-5528 西部保健所(安芸郡、江田郡) 092)513-5400 西部保健所(竹原市、庄原市、斐伊郡) 092)422-6911 東部保健所(三次市、尾道市、北原郡) 092)415-2911 東部保健所(福山市、神石郡、神石郡) 092)921-1211 北部保健所(三次市、庄原市) 092)462-5181 ※()内は新設区域</p>	<p>※新規</p>

改正後	現行
様式第4号（第6関係） (略)	様式第4号（第6関係） (略)
様式第5号（第7関係） (略)	様式第5号（第7関係） (略)
様式第6号（第7関係） (略)	様式第6号（第7関係） (略)
様式第7号（第7関係） (略)	様式第7号（第7関係） (略)

改正後	現行																
<p>様式第8号(第7回版)</p> <p style="text-align: center;">肝炎治療指定医療機関等変更届出書</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>広島県 加事様</p> <p>所在地(法人であるときは、主たる事務所の所在地) 〒 -</p> <p>電話番号()</p> <p>開設者氏名(法人であるときは、名称及び代表者の氏名) ㊞</p> <p>次のとおり変更がありましたので、届け出ます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1 指定医療機関等の名称及び所在地</td> <td>(名 称) (所在地) 〒 -</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2 変更事項</td> <td>※該当する番号を□で囲むこと。 1 指定医療機関等の名称 2 所在地 3 連絡先 4 医師 5 施設種別 6 診療科目 7 指定医療機関の要件 8 指定医療機関コード 9 その他()</td> </tr> <tr> <td>(変更前)</td> </tr> <tr> <td>(変更後)</td> </tr> <tr> <td>3 備考</td> <td></td> </tr> </table> <p>※ 指定医療機関等の名称又は所在地の変更の場合、指定印の原本を添付すること。</p>	1 指定医療機関等の名称及び所在地	(名 称) (所在地) 〒 -	2 変更事項	※該当する番号を□で囲むこと。 1 指定医療機関等の名称 2 所在地 3 連絡先 4 医師 5 施設種別 6 診療科目 7 指定医療機関の要件 8 指定医療機関コード 9 その他()	(変更前)	(変更後)	3 備考		<p>様式第8号(第7回版)</p> <p style="text-align: center;">肝炎治療指定医療機関等変更届出書</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>広島県 加事様</p> <p>所在地(法人であるときは、主たる事務所の所在地) 〒 -</p> <p>電話番号()</p> <p>開設者氏名(法人であるときは、名称及び代表者の氏名) ㊞</p> <p>次のとおり変更がありましたので、届け出ます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1 指定医療機関等の名称及び所在地</td> <td>(名 称) (所在地) 〒 -</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2 変更事項</td> <td>※該当する番号を□で囲むこと。 1 指定医療機関等の名称 2 所在地 3 連絡先 4 医師 5 施設種別 6 診療科目 7 指定医療機関の要件 8 指定医療機関コード 9 その他()</td> </tr> <tr> <td>(変更前)</td> </tr> <tr> <td>(変更後)</td> </tr> <tr> <td>3 備考</td> <td></td> </tr> </table>	1 指定医療機関等の名称及び所在地	(名 称) (所在地) 〒 -	2 変更事項	※該当する番号を□で囲むこと。 1 指定医療機関等の名称 2 所在地 3 連絡先 4 医師 5 施設種別 6 診療科目 7 指定医療機関の要件 8 指定医療機関コード 9 その他()	(変更前)	(変更後)	3 備考	
1 指定医療機関等の名称及び所在地	(名 称) (所在地) 〒 -																
2 変更事項	※該当する番号を□で囲むこと。 1 指定医療機関等の名称 2 所在地 3 連絡先 4 医師 5 施設種別 6 診療科目 7 指定医療機関の要件 8 指定医療機関コード 9 その他()																
	(変更前)																
	(変更後)																
3 備考																	
1 指定医療機関等の名称及び所在地	(名 称) (所在地) 〒 -																
2 変更事項	※該当する番号を□で囲むこと。 1 指定医療機関等の名称 2 所在地 3 連絡先 4 医師 5 施設種別 6 診療科目 7 指定医療機関の要件 8 指定医療機関コード 9 その他()																
	(変更前)																
	(変更後)																
3 備考																	

改正後	現行												
<p>様式第9号（第7問除）</p> <p style="text-align: center;">肝炎治療指定医療機関等辞退届出書</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">広島県知事様</p> <p>所在 地（法人であるときは、主たる事務所の所在地） 〒 —</p> <p>電話番号（ ）</p> <p>開設者氏名（法人であるときは、名称及び代表者の氏名）</p> <p style="text-align: center;">㊞</p> <p>次の理由により、指定医療機関等を辞退します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1 指定医療機関等の 名称及び所在 地</td> <td style="width: 90%;">〔名 称〕 〔所在地〕 〒 — 電話番号（ ）</td> </tr> <tr> <td>2 理由</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 備考</td> <td></td> </tr> </table> <p><u>※ 本件は複数枚提出する場合は、</u></p>	1 指定医療機関等の 名称及び所在 地	〔名 称〕 〔所在地〕 〒 — 電話番号（ ）	2 理由		3 備考		<p>様式第9号（第7問除）</p> <p style="text-align: center;">肝炎治療指定医療機関等辞退届出書</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">広島県知事様</p> <p>所在 地（法人であるときは、主たる事務所の所在地） 〒 —</p> <p>電話番号（ ）</p> <p>開設者氏名（法人であるときは、名称及び代表者の氏名）</p> <p style="text-align: center;">㊞</p> <p>次の理由により、指定医療機関等を辞退します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1 指定医療機関等の 名称及び所在 地</td> <td style="width: 90%;">〔名 称〕 〔所在地〕 〒 — 電話番号（ ）</td> </tr> <tr> <td>2 理由</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 備考</td> <td></td> </tr> </table>	1 指定医療機関等の 名称及び所在 地	〔名 称〕 〔所在地〕 〒 — 電話番号（ ）	2 理由		3 備考	
1 指定医療機関等の 名称及び所在 地	〔名 称〕 〔所在地〕 〒 — 電話番号（ ）												
2 理由													
3 備考													
1 指定医療機関等の 名称及び所在 地	〔名 称〕 〔所在地〕 〒 — 電話番号（ ）												
2 理由													
3 備考													

改正後	現行
様式第10号 (第9関係) (略)	様式第10号 (第9関係) (略)
様式第11-1号 (第10関係) (略)	様式第11-1号 (第10関係) (略)
様式第11-2号 (第10関係) (略)	様式第11-2号 (第10関係) (略)
様式第11-3号 (第10関係) (略)	様式第11-3号 (第10関係) (略)
様式第12号 (第11関係) (略)	様式第12号 (第11関係) (略)
様式第13号 (第11関係) (略)	様式第13号 (第11関係) (略)
様式第14号 (第11関係) (略)	様式第14号 (第11関係) (略)

改正後		現行		
様式第15号(第11開脚)		様式第15号(第11開脚)		
肝炎治療受給者証返還届出書		肝炎治療受給者証返還届出書		
平成 年 月 日		平成 年 月 日		
広島県知事様		広島県知事様		
氏名 印		氏名 印		
次のとおり、肝炎治療受給者証を返還しますので届け出ます。				
返還の理由	ふりがな 患者氏名	受給者番号		
	〒			
	姓			
	電話 ()			
	1 治癒・経挙			
	2 死亡(死亡年月日 平成 年 月 日)			
3 治療中止又は治療方法の変更(2箇目の制度利用合併) <u>(平成 年 月 日 平成 年 月 日)</u> (理由)				
4 公費負担医療制度適用(適用年月日 平成 年 月 日)				
5 県外搬出(搬出先都道府県名)				
6 その他()				
備考				
※肝炎治療受給者証の原本を添付すること。				