

ウイルス性肝炎（肝硬変・ヘパトーム）臨床調査個人票

（新規）

ふりがな						性別	1.男 2.女	生年月日	(和暦)	年	月	日生 (満 歳)
氏名						性別	1.男 2.女	生年月日	(和暦)	年	月	日生 (満 歳)
住所	〒								TEL	( )		発病時在住 都道府県
発病年月	年	月	初診年月日	年	月	日	保険 種別	1.協会 2.組合 3.共済 4.国保 5.後期高齢 6.その他( )				
身体障害者手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定		1.要介護(要介護度 ) 2.要支援 3.なし							
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他( )) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)											
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄 )		受療動向 (最近6か月)		1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院( /月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他( )							
診断名	1.肝硬変 2.肝硬変の疑い 3.ヘパトーム 4.ヘパトームの疑い					診断時期		年 月				
最終的 診断根拠	1.臨床所見 2.血液生化学的所見 3.腹腔鏡所見 4.肝組織所見(a.生検 b.手術) 5.血管造影 6.CT 7.MRI 8.超音波断層法 9.その他の検査所見( )											
(臨床経過・肝組織所見・腹腔鏡所見・画像診断所見・血管造影所見などについて記載してください。)												
主要臨床症状 (全経過について)	食道静脈瘤		1.あり 2.なし		肝性脳症			1.あり 2.なし				
	腹壁静脈怒張		1.あり 2.なし		脾腫			1.あり 2.なし				
	腹水		1.あり 2.なし									
ウイルス マーカー	【B型肝炎：HBV マーカー検査年月 年 月】											
	① HBs 抗原 ( ) 法		1.(+) 2.(-)		④ DNAポリメラーゼ又はHBV-DNA ( ) 法							
	② HBs 抗体 ( ) 法		1.(+) 2.(-)		1.(+):(測定値 ) 2.(-)							
	③ HBc 抗体 ( ) 法		1.(+) 2.(-)									
	【C型肝炎：HCV マーカー検査年月 年 月】											
① HCV 抗体 ( ) 法		1.(+) 2.(-)		② HCV-RNA ( ) 法 1.(+) 2.(-)								
血液 生化学 検査成績	検査項目	※基準値	年月日	年月日	検査項目	※基準値	年月日	年月日				
	1 GOT(AST)				5 アルブミン							
	2 GPT(ALT)				6 血小板数							
	3 γ-GTP				7 AFP							
	4 ALP				8 PIVKA-II							
	10 その他											
※基準値の欄には、施設内基準値(範囲)を必ず記載してください。記載のない場合は、審査ができません。												
鑑別	以下を鑑別できること。 1. アルコール性肝障害を否定できる ①できる ②できない ③疑いがある ④わからない 2. 薬剤性肝障害を否定できる ①できる ②できない ③疑いがある ④わからない 3. 脂肪性肝障害を否定できる ①できる ②できない ③疑いがある ④わからない											
※抗ウイルス治療の状況(今後の予定も含む)												
核酸アナログ製剤治療		1. 使用なし		2. 使用(開始日 年 月 日、終了日 年 月 日)								
インターフェロン治療(根治目的)		1. 使用なし		2. 使用(開始日 年 月 日、終了日 年 月 日)								
インターフェロンフリー治療		1. 使用なし		2. 使用(開始日 年 月 日、終了日 年 月 日)								
医療機関名	記載年月日:								年	月	日	(令和三年四月改正)
医療機関所在地												
医師の氏名	電話番号								( )			

# ウイルス性肝炎（肝硬変・ヘパトーム）の認定基準

## 【ウイルス性肝炎進行防止対策医療給付事業の対象範囲】

### 1. 肝硬変

#### (1) B型ウイルス性肝硬変

次により肝硬変と診断されたもののうち、「HBs 抗原」若しくは「DNAポリメラーゼ又はHBV-DNA」が陽性であり、かつアルコール性肝障害、薬剤性肝障害、脂肪性肝障害及び特発性門脈圧亢進症を完全に否定できるもの。

- ① 腹腔鏡、肝生検、画像診断などにより、肝硬変と診断されたもの。
- ② くも状血管腫、手掌紅斑、女性乳房、食道静脈瘤、腹壁静脈怒張、腹水、肝腫、脾腫など肝硬変に起因すると考えられる臨床所見が認められるもの。

○ 疑い例（肝硬変と診断された症例のうち、上記を満たさないもの）を含む。

#### (2) C型ウイルス性肝硬変

次により肝硬変と診断されたもののうち、「HCV 抗体」若しくは「HCV-RNA」が陽性であり、かつアルコール性肝障害、薬剤性肝障害、脂肪性肝障害及び特発性門脈圧亢進症を完全に否定できるもの。

- ① 腹腔鏡、肝生検、画像診断などにより、肝硬変と診断されたもの。
- ② くも状血管腫、手掌紅斑、女性乳房、食道静脈瘤、腹壁静脈怒張、腹水、肝腫、脾腫など肝硬変に起因すると考えられる臨床所見が認められるもの。

○ 疑い例（肝硬変と診断された症例のうち、上記を満たさないもの）を含む。

### 2. ヘパトーム

次によりヘパトームと診断されたもののうち、HBVマーカー（HBs 抗原、HBs 抗体、HBc 抗体、DNAポリメラーゼ又はHBV-DNAのいずれか一つ以上）が陽性、又は、HCV 抗体若しくは HCV-RNA が陽性であり、かつアルコール性肝障害、薬剤性肝障害、脂肪性肝障害及び特発性門脈圧亢進症を完全に否定できるもの。

- ① 腹腔鏡、肝生検、画像診断などにより、ヘパトームと診断されたもの。

○ 疑い例（ヘパトームと診断された症例のうち、上記を満たさないもの）を含む。

## 《申請に際しての留意事項》

- 1 肝硬変又はヘパトームと診断され、肝生検を行っている場合は、肝生検のコピーを添付してください。
- 2 臨床調査個人票に必要な事項の記載がない場合は、疑義照会等に時間を要することになるため、特に留意してください。

また、疑義照会に際して、資料の提出をいただけない場合には、審査ができないため、申請を却下することがあります。