

ウイルス性肝炎進行防止対策医療受給者証 有効期間更新申請書

受給者番号		保健所記入欄→	保健所	コード
受給者氏名			自己負担区分	有・無
申請者	氏名	対象患者との続柄		
	住所	(〒 - ) (電話 - - )		
保険の種類	被用者(協会・組合・船員・共済) ・ 国保 後期高齢 ・ 国保組合(建設・歯科医師・薬剤師・医師) ・ その他( )			
生計中心者氏名	対象患者との続柄	生計中心者の市町村民税課税状況	課税・非課税	

北海道知事 様  
 ウイルス性肝炎進行防止対策 (B・C型ウイルス性慢性肝炎) 医療受給者証の有効期限の更新を申請します。  
 年 月 日

ウイルス性肝炎 (B・C型ウイルス性慢性肝炎) 臨床調査個人票 (更新)

ふりがな		性別	1.男 2.女	生年月日	(和暦) 年 月 日生 (満 歳)	
氏名						
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)					
受診状況(最近1年)	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.入院なし 6.その他 ( )					
経過(最近1年)	1. 治癒 2. 軽快 3. 不変 4. 徐々に悪化 5. 急速に悪化 6. その他 ( )					
診断名	1. B型肝炎 2. C型肝炎 3. 合併疾患 ( )					
治療状況(最近1年間)	1. 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) 2. 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) 3. インターフェロン治療(根治目的以外) 1. 使用なし 2. 使用(開始日 年 月 日、終了日 年 月 日) 4. 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) 5. その他 ( )					
6か月以内の肝機能検査成績 (1~4のすべての項目について記載してください。)	検査項目	※基準値	最近6か月以内			
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	1 GOT(AST)					
	2 GPT(ALT)					
	3 γ-GTP					
4 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。						
ウイルスマーカー	【B型肝炎: HBV マーカー検査年月 年 月】(最近の検査結果について記載してください。)					
	① HBs 抗原 ( ) 法	1. (+)	2. (-)			
	② HBs 抗体 ( ) 法	1. (+)	2. (-)			
	③ DNA ポリメラーゼ又は HBV-DNA ( ) 法	1. (+): (測定値 ) 2. (-)				
ウイルスマーカー	【C型肝炎: HCV マーカー検査年月 年 月】(最新の検査結果について記載してください。)					
	① HCV 抗体 ( ) 法	1. (+)	2. (-)	② HCV-RNA ( ) 法	1. (+) 2. (-)	
(備考)						
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					
医療機関名	記載年月日: 年 月 日					
医療機関所在地						
医師の氏名	電話番号 ( )					

(令和三年四月改正)

## ウイルス性肝炎（B・C型ウイルス性慢性肝炎）の認定基準（更新）

### 【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 B型ウイルス性慢性肝炎

「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、脂肪性肝障害を完全に否定できるもののうち、次の①から③までのいずれかに該当するもの。

- ① 核酸アナログ製剤治療又はインターフェロン治療を実施中であること。（肝炎治療特別促進事業の対象となるものを除く。）
- ② 申請前6か月以内に、30日以上の間隔をおき、GPT（ALT）値が基準値上限の2倍以上の値を2回以上示していること。
- ③ インターフェロン治療終了後1年以内であること。

#### 2 C型ウイルス性慢性肝炎

「HCV抗体」及び「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、脂肪性肝障害を完全に否定できるもののうち、次の①から③までのいずれかに該当するもの。

- ① インターフェロン治療を実施中であること。（肝炎治療特別促進事業の対象となるものを除く。）
- ② 申請前6か月以内に、30日以上の間隔をおき、GPT（ALT）値が基準値上限の2倍以上の値を2回以上示していること。
- ③ インターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療の終了後1年以内であること。

### 《有効期間更新申請に際しての留意事項》

1 ウイルスマーカー欄には最新の検査結果を記載してください（更新申請に当たり、あらためて検査を行う必要はありません。）。なお、上記基準のうち①又は③で更新申請する場合においては、新規申請時にウイルスマーカーの確認が行われていることから、記載内容が更新の適否に影響することはありません。

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。

## ウイルス性肝炎進行防止対策医療受給者証 有効期間更新申請書

受給者番号		保健所記入欄→	保健所	コード
受給者氏名			自己負担区分	有・無
申請者	氏名	対象患者との続柄		
	住所	(〒 - ) (電話 - - )		
保険の種類	被用者(協会・組合・船員・共済)・国保 後期高齢・国保組合(建設・歯科医師・薬剤師・医師)・その他( )			
生計中心者氏名	対象患者との続柄	生計中心者の市町村民税課税状況	課税・非課税	

北海道知事 様

ウイルス性肝炎進行防止対策(肝硬変・ヘパトーム)医療受給者証の有効期限の更新を申請します。

年 月 日

## ウイルス性肝炎(肝硬変・ヘパトーム)臨床調査個人票 (更新)

ふりがな					性別	1.男 2.女	生年 月 日	(和暦) 年 月 日生 (満 歳)	
氏名									
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)								
受診状況(最近1年)	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( )								
経過(最近1年)	1. 治癒 2. 軽快 3. 不変 4. 徐々に悪化 5. 急速に悪化 6. その他( )								
診断	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			
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
	腹水	1. あり	2. なし	脾腫	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】(最新の検査結果について記載してください。)								
	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. (-)				
ウイルス マーカー	【C型肝炎: HCV マーカー検査年月 年 月】(最新の検査結果について記載してください。)								
	① HCV 抗体( )法 1. (+) 2. (-)				② HCV-RNA ( )法 1. (+) 2. (-)				
血液 生化学 検査成績 (最近1年間 のものを記入 してください。)	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				
	9 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								
(最近1年間の治療内容を記載してください。)									
※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 年月日終了)									
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 年月日終了)									
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 年月日終了)									
医療機関名	記載年月日: 年 月 日								
医療機関所在地									
医師の氏名	電話番号 ( )								

(令和三年四月改正)

# ウイルス性肝炎（肝硬変・ヘパトーム）の認定基準（更新）

## 【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 ウイルスマーカー欄には最新の検査結果を記載してください（更新申請に当たり、あらためて検査を行う必要はありません。）。なお、新規申請時にウイルスマーカーの確認が行われていることから、記載内容が更新の適否に影響することはありません。
- 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。