



肝臓専門医療機関名および所在地

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記載年月日 年 月 日

肝臓専門医 氏名

⑧

(注)1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

2 記載日前6か月以内(ただし、今回申請の治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。

3 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。

## 【 認定基準 】

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もの。

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若しくは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。

なお、インターフェロンを含む治療歴の有無を問わない。

オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン(レベトールカプセル 200mgに限る。)の2錠を併用した治療の場合は、HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、当該治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないものであること。

( 参 考 )

Child-Pugh 分類	1 点	2 点	3 点
肝性脳症	なし	軽度	時々昏睡あり
腹水	なし	少量	中等量
血清ビリルビン (mg/dl)	2.0 未満	2.0~3.0	3.0 超
血清アルブミン (g/dl)	3.5 超	2.8~3.5	2.8 未満
プロトロンビン時間 (%)	70 超	40~70	40 未満

A	5~6 点
B	7~9 点
C	10~15 点