

肝炎治療経過等の情報の研究利用についての同意書

私が公費負担（肝炎治療特別促進事業）によって受けた肝炎治療に係る治療経過及び結果について、診断書作成医療機関から青森県に対して報告されることについて同意します。

平成 年 月 日
 青森県知事 殿
 氏名 印（認・押は認）

- * 報告された内容の一部については、治療研究推進のために国へデータを提供する場合がありますが、県から国に対しては個人が識別される情報は一切報告いたしません。
- * この報告内容の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、肝炎総合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いりません。

世帯調書

世帯構成員名	続柄	満年齢	職業	市町村民税(所得割)課税年額	除外対象者
			合計		

注1 以下の書類を添付してください。

- (1) 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書
- (2) 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し
- (3) 申請者及び申請者と同一世帯に属する全ての者について記載のある住民票の写し
- (4) 申請者及び申請者と同一世帯に属する者の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し

注2 申請者との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に医療保険上・地方税法上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際に市町村民税課税額の合算対象から除外することを希望する者については、「除外対象者」の欄に○印を記入し、以下の書類を添付してください。

- ・ 除外対象者の氏名が記載された被保険者証等の写し
- ・ 市町村民税合算対象除外希望申請書

認 定 基 準

1 B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-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もの

(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、HBe 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ェ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。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B 型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認された B 型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2 C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤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もの。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。

* 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①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① 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。

② 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。

(2) 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

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がなく、かつ肝がんの合併のないもの。

* 1 上記については、1 回のみ助成とする。ただし、2 (1) に係る治療歴の有無を問わない。

* 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に勤務する者に限る。) 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。