

### C型肝炎に対する経口抗ウイルス剤の治療効果判定報告書(第2.1版)

※1~3枚目を佐賀県へ提出してください。

記入日: 20 年 月 日

※ご担当医が必要事項を記載の上、当てはまるボックスにチェックを入れてください。

※治療終了時とは、経口剤の最終投与時を意味します。

整理番号 (※自治体担当者記載欄)	
----------------------	--

性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	西暦	年	月	日
経口剤治療期間	開始日: 20 年 月 日 ~ 終了日: 20 年 月 日					
診断名	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変(判明していれば <input type="checkbox"/> F0 <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4)					
使用した経口剤	<input type="checkbox"/> アスナプレビル/ダクラタスビル <input type="checkbox"/> ソホスビル/リバビリン <input type="checkbox"/> ソホスビル/レジパスビル その他( )					
IFN治療歴の有無	<input type="checkbox"/> なし (それはIFN不適格のためですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ) <input type="checkbox"/> あり(下欄に直近のIFN治療の詳細をお示ください)					
IFN種類 (複数回ありの場合は直近のIFN治療についてお書きください)	<input type="checkbox"/> IFN α (天然型) <input type="checkbox"/> IFN β	併用薬剤	<input type="checkbox"/> リバビリン <input type="checkbox"/> パニプレビル			
	<input type="checkbox"/> IFN α 2b <input type="checkbox"/> PEG IFN α 2a		<input type="checkbox"/> テラプレビル ( )			
	<input type="checkbox"/> IFN α コンセンサス <input type="checkbox"/> PEG IFN α 2b		<input type="checkbox"/> シメプレビル			
IFN治療状況 (直近のIFN治療について)	<input type="checkbox"/> 投与完遂(予定治療完了) <input type="checkbox"/> 副作用で投与中止(予定治療中断[IFN不耐容に相当]) <input type="checkbox"/> 副作用以外で投与中止(予定治療中断)					
IFN治療効果 (直近のIFN治療について)	<input type="checkbox"/> 再燃 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> Breakthrough (いったん消失していた血中HCV RNAがIFN投与中にもかかわらず再陽性化すること)					
肝がんの既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (肝がん治療終了後の経過期間: 年 月)					

※ 治療開始時、治療終了時、効果判定時(治療終了から概ね6ヶ月後)の検査結果について記入してください。

#### 1. C型肝炎ウイルスマーカー

Serotype  1  2  判別不能 (Genotype判明していれば I  a  b II  a  b  III)

ウイルス陰性化時期 (検査日: 20 年 月 日)

治療開始時 (検査日: 20 年 月 日) HCV RNA定量 \_\_\_\_\_ 単位  LogIU/ml

治療終了時 (検査日: 20 年 月 日) HCV RNA定量 \_\_\_\_\_ 単位  LogIU/ml  ケンシュツセス\*

効果判定時 (検査日: 20 年 月 日) HCV RNA定量 \_\_\_\_\_ 単位  LogIU/ml  ケンシュツセス\*

#### 2. 血液検査

治療開始時 (検査日: 20 年 月 日) AST \_\_\_\_\_ IU/L ALT \_\_\_\_\_ IU/L 血小板 \_\_\_\_\_ 10<sup>4</sup>/μL

治療終了時 (検査日: 20 年 月 日) AST \_\_\_\_\_ IU/L ALT \_\_\_\_\_ IU/L AFP \_\_\_\_\_ ng/mL

効果判定時 (検査日: 20 年 月 日) AST \_\_\_\_\_ IU/L ALT \_\_\_\_\_ IU/L AFP \_\_\_\_\_ ng/mL

#### 3. 薬剤耐性変異の測定をされている場合には括弧内にご記入ください。(例: 変異あればD168V、L31V、Y93Hなど)

(検査日: 20 年 月 日)

NS3/4A( )  NS5A( ; )  ( )

#### 4. ウイルス学的判定

著効(投与終了6ヶ月後もHCV RNA陰性を持続)  Breakthrough (いったん消失していた血中HCV RNAが経口剤投与中にもかかわらず再陽性化すること)

再燃(投与終了時はHCV RNA陰性であったがその後再陽性化)

無効(投与期間を通じてHCV RNAは陰性化しなかった)

#### 5. 経口剤治療について (※薬剤の減量が行われても根治目的の治療が終了した場合は投与完遂、それ以外を投与中止とする)

投与完遂(予定治療完了)  投与中止(予定治療中断) → ①  副作用による ②  副作用以外による

①の詳細  血清AST・ALT上昇  ヘモグロビン低下  白血球減少  血小板減少

皮疹・薬疹  発熱  食欲低下  全身倦怠感  その他( )

②の詳細 (例: 効果不良、肝がんの発生、骨折、事故、その他(仕事の都合、経済的事情等))

( )

#### 6. 肝炎治療の医療連携について

1) 本患者が経口剤治療を受けた主たる医療機関は次のいずれですか。

肝疾患診療連携拠点病院  肝疾患専門医療機関(二次医療圏)

かかりつけ診療所(クリニック)  その他( )

2) 経口剤治療に際して他の医療機関と連携しましたか。  はい  いいえ

3) ご担当医の専門性について:  日本肝臓学会専門医  日本消化器病学会専門医

自治体等主催の肝疾患研修を受けた医師  その他( )

医療機関名  
科

病院・医院  
先生御机下

下記患者さんについて、インターフェロンフリー投与終了時と6ヶ月後の結果をご報告申し上げます。

フリガナ				年齢
患者氏名				
住所		〒	—	都・道 府・県 市・区 町・村
検査結果	検査項目	治療開始時 (検査日: 20 年 月 日)	治療終了時 (検査日: 20 年 月 日)	効果判定時(6カ月後) (検査日: 20 年 月 日)
	体重(kg)			
	白血球数(/μl)			
	好中球数(/μl)			
	ヘモグロビン(g/dl)			
	血小板数(x10 <sup>3</sup> /μl)			
	γ-GTP (IU/L)			
	LDL-C (mg/dl)			
	HDL-C (mg/dl)			
	中性脂肪 (mg/dl)			
治療内容	B型肝炎	<input type="checkbox"/> インターフェロン投与 合計投与期間 週 <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン製剤 合計投与期間 週 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス薬投与(薬剤に○をお願いします。) エンテカビル・ラミブジン・アデフォビル・テノホビル・ベムリディ・その他( )		
	C型肝炎	<input type="checkbox"/> アスナプレビル/ダクラタスビル <input type="checkbox"/> ソホスブビル/リバビリン <input type="checkbox"/> ソホスブビル/レディパスビル <input type="checkbox"/> オムビタスビル/パリタプレビル/リトナビル <input type="checkbox"/> ダグラタスビル/アスナプレビル/ベクラブビル <input type="checkbox"/> オムビタスビル/パリタプレビル/リトナビル/リバビリン <input type="checkbox"/> エルバスビル/グラゾプレビル <input type="checkbox"/> その他( )		
併存疾患	過去のIFN治療歴(複数回ありの場合は直近のIFN治療についてお書きください)	<input type="checkbox"/> インターフェロン製剤 β 合計投与期間 週 <input type="checkbox"/> 再燃 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> Breakthrough <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン製剤 合計投与期間 週 <input type="checkbox"/> 再燃 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> Breakthrough <input type="checkbox"/> 併用薬剤あり(薬剤に○をお願いします。) リバビリン・テラプレビル・シメプレビル・パニプレビル		
	1. 糖尿病	新たに出現・以前よりあり・以前よりあったが改善・なし・未検査 ありの場合: HbA1c 終了時(20 年 月 日: %) 効果判定時(20 年 月 日: %)		
併存疾患	2. 高血圧	新たに出現・以前よりあり・以前よりあったが改善・なし・未検査 ありの場合 治療薬:		
	3. 腎機能障害	新たに出現・以前よりあり・以前よりあったが改善・なし・未検査 BUN: 終了時(20 年 月 日: mg/dl) 効果判定時(20 年 月 日: mg/dl) クレアチニン: 終了時(20 年 月 日: mg/dl) 効果判定時(20 年 月 日: mg/dl)		
	4. うつ又はうつ傾向	新たに出現・以前よりあり・以前よりあったが改善・なし・未検査 ありの場合 治療薬:		
	5. 甲状腺機能異常	新たに出現・以前よりあり・以前よりあったが改善・なし・未検査 ありの場合: TSH 終了時(20 年 月 日: μIU/ml) 効果判定時(20 年 月 日: μIU/ml) free T3/T4 終了時(20 年 月 日: / ) 効果判定時(20 年 月 日: / )		
	6. 自己免疫性疾患	新たに出現・以前よりあり・以前よりあったが改善・なし・未検査 ありの場合: 診断名 治療薬: 検査: RA +・- 抗核抗体: +・- その他の自己抗体( ) +・-		
	7. 眼底検査	あり・なし ありの場合: 異常あり・なし		
	8. 皮膚症状	新たに出現・以前よりあり・以前よりあったが改善・なし・未検査 ありの場合: 診断名 治療薬:		
	9. 脱毛	あり・なし		
	10. その他の特記事項			
	報告医療機関名		記載日 20 年 月 日	
所在地		TEL		
報告者氏名		(印)		