

(医師記入用)

1. この報告書は、健康管理費用の受給者が担当医師に当該年度の健康状態を記入していただき、**本人記入の生活状況報告書（様式4）**とともに3月1日から10日までの間に提出してください。受診日等のご事情により、期限内に提出できない場合は、受診後速やかにご提出ください。次年度事業は報告書が提出された場合のみ継続認定されることになっています。
2. 発症などにより年度途中で事業が終了となった場合には、該当期のみ記入していただき、その時点での提出をお願いいたします。
3. 当該年度の健康状態を担当医師が4期分〔Ⅰ期（4～6月）、Ⅱ期（7～9月）、Ⅲ期（10～12月）、Ⅳ期（1～3月）〕記入してください。
4. 各項目のあてはまる全ての□にチェック（√）を入れ、（ ）には該当する事項を記入してください。
5. その他参考になることがあれば、備考欄に記入してください。
6. 通院がなかった、あるいは検査未実施等の事情により、4期分すべての健康状態を記入できない場合は、可能な範囲の記入で結構です。但し、その旨を備考欄に記入してください。
7. 当事業（本報告書の基礎疾患）における二次感染・三次感染は以下のとおりです。
 - ・二次感染者：配偶者その他これに準ずる者
 - ・三次感染者：母子感染した子

[1/4]

A. 基礎疾患と肝炎等の状況

基 礎 疾 患	<input type="checkbox"/> 血友病A <input type="checkbox"/> 血友病B <input type="checkbox"/> von Willebrand病		血 圧	／ mmHg	
	<input type="checkbox"/> 二次感染 <input type="checkbox"/> 三次感染 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
肝炎等の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	腹部画像検査の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
H B s - 抗 原	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 不明		H C V - 抗 体	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 不明	
H C V - R N A	<input type="checkbox"/> TaqMan法 [() Log IU/mL <input type="checkbox"/> 検出せず] <input type="checkbox"/> 未検査				
血 小 板 数	()×10 ⁴ /mm ³ <input type="checkbox"/> 未検査		P I V K A - II	()mAU/mL <input type="checkbox"/> 未検査	
ALT (GPT)	()IU/L <input type="checkbox"/> 未検査		A F P	()ng/mL <input type="checkbox"/> 未検査	
T.bil	()mg/dL <input type="checkbox"/> 未検査		肝 移 植 歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
ア ル ブ ミ ン	()g/dL <input type="checkbox"/> 未検査		クレアチニン	()mg/dL <input type="checkbox"/> 未検査	
プロトロンビン	PT活性% ()% <input type="checkbox"/> 未検査		e G F R	()mL/分/1.73m ² <input type="checkbox"/> 未検査	
骨密度	測定部位 ()		シスタチンC	()mg/L <input type="checkbox"/> 未検査	
	YAM ()% <input type="checkbox"/> 未検査				
脳 血 管 疾 患 の 有 無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他の脳血管疾患				
虚 血 性 心 疾 患 の 有 無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他の虚血性心疾患				
悪性新生物(肝以外)の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 肝癌以外の悪性新生物 (部位：)				
そ の 他 の 疾 患 の 有 無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全				
	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 関節症 <input type="checkbox"/> その他 ()				

肝移植歴以外は、本年度の状況を記入してください。血圧は左に上（収縮期）を、右に下（拡張期）を記入してください。
HCV-RNA定量・血小板数・ALT (GPT)・T.bil値・アルブミン値・プロトロンビン値・骨密度値・PIVKA-II値・AFP値・クレアチニン値・eGFR値・シスタチンC値については、**単位にご注意のうえ**（ ）に測定値を記入してください。

B. 検査の実施状況		I 期（４～６月）	II 期（７～９月）	III 期（10～12月）	IV 期（１～３月）
検査実施年月日		(2023/ /)	(2023/ /)	(2023/ /)	(2024/ /)
期間中の診察の有無		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
期間中のCD4値検査の有無		<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査
CD4値（ /μL ）		()	()	()	()
CD4 / CD8 比		()	()	()	()
期間中のHIV-RNA量検査の有無		<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> 未検査
HIV-RNA量の検査法		<input type="checkbox"/> TaqMan法	<input type="checkbox"/> TaqMan法	<input type="checkbox"/> TaqMan法	<input type="checkbox"/> TaqMan法
HIV-RNA量		()	()	()	()
* 単位は「コピー/mL」でご記入ください。（例：4.3×10 ³ →4300コピー/mL）。		コピー/mL	コピー/mL	コピー/mL	コピー/mL
		<input type="checkbox"/> 検出限界未満	<input type="checkbox"/> 検出限界未満	<input type="checkbox"/> 検出限界未満	<input type="checkbox"/> 検出限界未満
		()コピー/mL未満	()コピー/mL未満	()コピー/mL未満	()コピー/mL未満
* 検査結果が検出限界未満の場合には、その検出限界値も併せてご記入ください。		<input type="checkbox"/> 検出せず	<input type="checkbox"/> 検出せず	<input type="checkbox"/> 検出せず	<input type="checkbox"/> 検出せず

各期ごとに、検査の実施状況等を記入してください。

C. 抗HIV薬投与と服薬状況		I 期（4～6月）	II 期（7～9月）	III 期（10～12月）	IV 期（1～3月）
0. 投与なし		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. 投与あり 下記抗HIV薬 一覧表の番号 を記入	投与薬剤1（ ）	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)
	投与薬剤2（ ）	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)
	投与薬剤3（ ）	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)
	投与薬剤4（ ）	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)
	投与薬剤5（ ）	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)
	投与薬剤6（ ）	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> (1・2・3・4・5)

I期～IV期の1年間に投与した抗HIV薬を薬剤一覧表から全て選び、**その番号**を投与薬剤1～6に一つずつ記入してください。
 各期ごとに、投与した薬剤の□にチェック（✓）し、記入例のように服薬状況を5段階から選択してください。
 当該期に抗HIV薬の投与がなかった場合は、「0. 投与なし」にチェックしてください。
 1～37以外の抗HIV薬を投与した場合は、その他の欄の91番～93番に薬剤名を記入し、その番号を投与薬剤欄に記入してください。

記入例	投与あり <input checked="" type="checkbox"/>	全部服用している (1 . ②	半分服用している . 3 . 4	全く服用していない . 5)
-----	---	---------------------	---------------------	--------------------

抗HIV薬 一覧表：一般名〔略号〕（主な商品名）	
核酸系逆転写酵素阻害剤（NRTI） （合剤を含む）	プロテアーゼ阻害剤（PI） （合剤を含む）
1. ジドブジン〔AZT〕〔ZDV〕 （レトロビル）	16. リトナビル〔RTV〕 （ノービア）
2. ラミブジン〔3TC〕 （エビビル）	18. ロビナビル・リトナビル配合剤〔LPV・RTV〕 （カレトラ）
3. ジドブジン・ラミブジン配合剤〔AZT・3TC〕 （コンビビル）	19. アタザナビル〔ATV〕 （レイアタッツ）
4. アバカビル〔ABC〕 （ザイアジェン）	20. ホスアンブレナビル〔FPV〕 （レクシヴァ）
5. テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩〔TDF〕 （ビリアード）	21. ダルナビル〔DRV〕 （プリジスタ／プリジスタナীব）
6. アバカビル・ラミブジン配合剤〔ABC・3TC〕 （エブジコム または ラバミコム）	22. ダルナビル・コビスタット〔DRV・COBI〕 （プレジコビックス）
7. エムトリシタピン〔FTC〕 （エムトリバ）	30. ダルナビル・コビスタット・エムトリシタピン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩配合剤〔DRV・COBI・FTC・TAF〕（シムツーザ）
8. テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩・エムトリシタピン 配合剤〔TDF・FTC〕（ツルバダ）	インテグラーゼ阻害剤（INSTI） （合剤を含む）
9. テノホビル アラフェナミドフマル酸塩 11.2mg・エムトリシ タピン配合剤〔TAF・FTC〕（デシコビ配合錠 LT）	23. ラルテグラビル〔RAL〕 （アイセントレス）
10. テノホビル アラフェナミドフマル酸塩 28mg・エムトリシ タピン配合剤〔TAF・FTC〕（デシコビ配合錠 HT）	24. エルビテグラビル・コビスタット・テノホビル ジソプロキシルフマル酸 塩・エムトリシタピン配合剤〔EVG・COBI・TDF・FTC〕（スタリビルド）
非核酸系逆転写酵素阻害剤（NNRTI） （合剤を含む）	25. エルビテグラビル・コビスタット・テノホビル アラフェナミドフマル酸 塩・エムトリシタピン配合剤〔EVG・COBI・TAF・FTC〕（ゲンボイヤ）
11. ネビラピン〔NVP〕 （ビラミューン）	26. ドルテグラビル〔DTG〕 （デビケイ）
12. エファビレンツ〔EFV〕 （ストックリン）	27. ドルテグラビル・アバカビル・ラミブジン配合剤 〔DTG・ABC・3TC〕（トリームク）
13. エトラピリン〔ETR〕 （インテレンス）	31. ドルテグラビル・リルビピリン配合剤〔RPV・DTG〕 （ジャルカ）
14. リルビピリン内服〔RPV〕 （エジュラント）	32. ビクテグラビル・エムトリシタピン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩配合剤〔BVY〕（ビクタルビ）
35. リルビピリン注射〔RPV〕 （リカムビス水懸筋注）	33. ドルテグラビル・ラミブジン配合剤〔DTG・3TC〕 （ドウベイト）
29. リルビピリン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩・ エムトリシタピン配合剤〔RPV・TAF・FTC〕（オデフシィ）	36. カボテグラビル内服〔CAB〕 （ボカブリア錠）
34. ドラビリン〔DOR〕 （ビフェルトロ）	37. カボテグラビル注射〔CAB〕 （ボカブリア水懸筋注）
その他	91. 一般名 商品名（ ）
28. マラビロク〔MVC〕 （シーエルセントリ）	92. 一般名 商品名（ ）
	93. 一般名 商品名（ ）

D. C型肝炎治療薬の投与状況 一般名（主な商品名）	I 期（4～6月）	II 期（7～9月）	III 期（10～12月）	IV 期（1～3月）
0. 投与なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ソホスブビル/レジパスビル配合剤 （ハーボニー）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. リバビリן （コベガス/レベトール）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. グレカブレビル水和物・ピブレンタスビル配合剤 （マヴィレット）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ソホスブビル/ベルタパスビル配合錠 （エプクルーサ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他（一般名： （商品名：）				

各期ごとに、投与したC型肝炎治療薬の□にチェック（√）してください。C型肝炎治療薬の投与がない場合は「0. 投与なし」にチェックしてください。また、それ以外の薬剤を投与した場合は、その他の（ ）に薬剤名を記入してください。

E. 副作用の発現状況	I 期（4～6月）	II 期（7～9月）	III 期（10～12月）	IV 期（1～3月）
0. なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. 嘔気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 血尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. しびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 中枢神経症状（ふらつき、めまい、不眠など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. リポジストロフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 黄疸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

各期ごとに、発現した副作用の□にチェック（√）してください。副作用の発現がない場合は、「0. なし」にチェックしてください。また、それ以外の副作用が発現していた場合には、その他の（ ）に副作用名を記入してください。