

健康状態報告書

(医師記入用)

記入要領

1. この報告書は、発症者健康管理手当の受給者が担当医師に前年度から今年度にかけて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とともに8月1日から31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。**
2. 現況届（様式第3号）のご提出があれば、本人記入の生活状況報告書と医師記入の健康状態報告書を提出しなかった場合でも発症者健康管理手当は支給されます。しかしながら、治療の長期化に伴う皆様をめぐる生活面での課題を把握し、今後の支援策の検討につなげるために皆様の生活状況の調査をするという本調査の趣旨にかんがみ、ぜひとも回答にご協力くださるようお願いいたします。
3. 担当医師が以下の4期分の調査対象期間の健康状態を記入してください。
2024年度調査対象期間〔Ⅲ期（10～12月/2024）、Ⅳ期（1～3月/2025）〕
2025年度調査対象期間〔Ⅰ期（4～6月/2025）、Ⅱ期（7～9月/2025）〕
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
8. 記入事項の訂正については、二重線を引く等、訂正したことが分かれば結構です（訂正印は不要です）。

患者の氏名		男・女	生年月日	年	月	日
医療機関の名称						
住 所（〒 - ）						
電話番号 （ - ）						
医師氏名						
【医師の印鑑（認印）は不要です。】						
診療科名						
備 考						

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 <input type="checkbox"/> 二次感染 <input type="checkbox"/> 三次感染 <input type="checkbox"/> その他（ ）		血 圧	／ mmHg	
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		2024年度		2025年度	
		Ⅲ期（10～12月）	Ⅳ期（1～3月）	Ⅰ期（4～6月）	Ⅱ期（7～9月）
検査実施年月日		(2024/ /)	(2025/ /)	(2025/ /)	(2025/ /)
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	<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	()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		2024年度		2025年度	
		Ⅲ期（10～12月）	Ⅳ期（1～3月）	Ⅰ期（4～6月）	Ⅱ期（7～9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）

Ⅲ期～Ⅱ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。
1～38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	全部服用している	半分服用している	全く服用していない
<input checked="" type="checkbox"/>	（ 1 ・ ② ・ 3 ・ 4 ・ 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）
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）	25. エルビテグラビル・コビススタット・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）
非核酸系逆転写酵素阻害剤（NNRTI） （合剤を含む）	26. ドルテグラビル〔DTG〕 （デビケイ）
11. ネビラピン〔NVP〕 （ビラミューン）	27. ドルテグラビル・アバカビル・ラミブジン配合剤 〔DTG・ABC・3TC〕（トリーメク）
12. エファビレンツ〔EFV〕 （ストックリン）	31. ドルテグラビル・リルビピリン配合剤〔RPV・DTG〕 （ジャルカ）
13. エトラピリン〔ETR〕 （インテレンス）	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〕（ビクトルビ）
14. リルビピリン内服〔RPV〕 （エジュラント）	33. ドルテグラビル・ラミブジン配合剤〔DTG・3TC〕 （ドウベイト）
35. リルビピリン注射〔RPV〕 （リカムビス水懸筋注）	36. カボテグラビル内服〔CAB〕 （ボカプリア錠）
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）	37. カボテグラビル注射〔CAB〕 （ボカプリア水懸筋注）
34. ドラビリン〔DOR〕 （ビフェルトロ）	

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（ ）
38. レナカパビル錠剤・注射剤〔LEN〕 （シュンレンカ錠・シュンレンカ皮下注）	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）	2024 年度		2025 年度	
	Ⅲ期（10～12月）	Ⅳ期（1～3月）	I期（4～6月）	Ⅱ期（7～9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 （コペガス/レベトール）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. グレカプレビル水和物・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/ペ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：）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	2024 年度		2025 年度	
	Ⅲ期（10～12月）	Ⅳ期（1～3月）	I期（4～6月）	Ⅱ期（7～9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. リボジストロフィー	<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は、その他の（ ）に副作用名を記入してください。