

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断(新規)

ふりがな 患者氏名	性別		生年月日(年齢)																									
	男・女		年	月 日生(満 歳)																								
住 所	〒 _____ 電話番号 ()																											
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医 師 名																									
過去の 治療歴	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴(3剤併用療法を含む)あり。(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効)																											
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: _____ 年 月 日) (1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: logIU/ml・ _____、測定法 TaqManPCR 法・ _____) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1・2・その他(_____)・判定不能 (該当するものを○で囲む) ジェノタイプ(グループ) 1a・1b・2a・2b・その他(_____) 2. 血液検査 (検査日: _____ 年 月 日) A S T _____ IU/l A L T _____ IU/l ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 万/ul A F P _____ ng/ml e G F R _____ mL/分/1.73m ² C c r _____ mL/分/1.73m ² (リバビリン併用療法を行う場合で eGFR が 50 mL/分/1.73m ² 未満の場合は、クレアチニンクリアランスの値をご記入ください。検査を実施していない場合は e G F R からの換算値をご記入ください) 3. 画像診断・肝生検などの所見(該当するものを○で囲む) (1) 画像診断(検査日: _____ 年 月 日) 検査方法(該当するものを○で囲む) ・エコー ・CT ・MRI ・その他(_____) ■所見(必ず記載) _____ (2) 肝臓硬度測定検査(検査日: _____ 年 月 日) _____ k Pa、 (3) 肝生検(検査日: _____ 年 月 日) F _____、A _____ 4. Child-Pugh 分類(右表)の該当する症状を○で囲む 合計 _____ 点 Child-Pugh 分類 A ・ B ・ C (該当するものを○で囲む) <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>脳症</td> <td>ない</td> <td>軽度</td> <td>ときどき昏睡</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td>ない</td> <td>少量</td> <td>中等度</td> </tr> <tr> <td>TBil(mg/dl)</td> <td>2.0未満</td> <td>2.0~3.0</td> <td>3.0超</td> </tr> <tr> <td>Alb(g/dl)</td> <td>3.5超</td> <td>2.8~3.5</td> <td>2.8未満</td> </tr> <tr> <td>PT(%)</td> <td>70超</td> <td>40~70</td> <td>40未満</td> </tr> </tbody> </table>					1点	2点	3点	脳症	ない	軽度	ときどき昏睡	腹水	ない	少量	中等度	TBil(mg/dl)	2.0未満	2.0~3.0	3.0超	Alb(g/dl)	3.5超	2.8~3.5	2.8未満	PT(%)	70超	40~70	40未満
	1点	2点	3点																									
脳症	ない	軽度	ときどき昏睡																									
腹水	ない	少量	中等度																									
TBil(mg/dl)	2.0未満	2.0~3.0	3.0超																									
Alb(g/dl)	3.5超	2.8~3.5	2.8未満																									
PT(%)	70超	40~70	40未満																									
(参考所見)	HCV 薬剤耐性: あり (NS5A(Y93H)、NS5A(_____)、NS3(_____)、その他: _____)・なし(該当に○又は記入)																											
診 断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh 分類 A に限る																											
肝がんの 合併	1. 肝がんの合併*あり 2. 肝がんの合併なし(該当するものに○) ※肝がんの合併がある場合は適応になりません。 [・これまで肝がんなし ・過去に肝がんがあったが現在はなし]																											
治療内容	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法 4. エルバスビル及びグラゾプレビル水和物の併用療法 2. ソホスビル及びリバビリンの併用療法 5. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤 3. レジパスビル/ソホスビル配合錠 6. その他の薬剤(薬剤名 _____) 治療予定期間 _____ 週 (_____ 年 月 ~ _____ 年 月)																											
治療上の問題点																												
医療機関名及び所在地		記載年月日 _____ 年 月 日																										
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医		医師氏名 _____		印 _____																								

必ず、裏面の注意事項を御確認ください。

○ 診断書の記載に係る注意事項

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3箇月以内です。
- 2 記載日前6箇月以内（ただし、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、ご注意ください。
- 4 本診断書は、原則として日本肝臓学会肝臓専門医により作成してください。

○ 患者様へのお願い

肝炎治療費の助成を受けるためには、県（保健所）へ申請が必要です。
診断書を受け取ったら、**直ちに**保健所で治療費助成の申請を行って下さい。
申請を行った月の治療費から助成の対象となります。
御不明な点は、次の問い合わせ窓口にて御相談下さい。

申請受付場所

申請者の住所地を管轄する保健福祉事務所（甲府市健康支援センターも含む）

申請手続きに必要な書類等

- ① 申請書（県感染症対策グループのホームページからでも入手できます。）
<https://www.pref.yamanashi.jp/kansensho/80408314857.html>
- ② 診断書（治療を開始する医療機関で作成してもらって下さい。）
- ③ マイナンバー（個人番号）の記載のない住民票〔謄本〕（現住所の記載があるもので、申請者の属する世帯全員が記載されているもの）
- ④ 市町村民税証明書：所得課税証明書（申請者及び住民票に記載されている世帯全員分）
- ⑤ 被保険者証の写し（申請者の氏名が記載されているもの）
- ⑥ 高齢者受給者証の写し（お持ちの方のみ）

<問い合わせ窓口>

中北保健福祉事務所	0551-23-3074 韮崎市本町4丁目2-4北巨摩合同庁舎1階
峡東保健福祉事務所	0553-20-2752 山梨市下井尻126-1東山梨合同庁舎1階
峡南保健福祉事務所	0556-22-8158 南巨摩郡富士川町鰐沢771-2南巨摩合同庁舎2階
富士・東部保健福祉事務所	0555-24-9035 富士吉田市上吉田1丁目2-5富士吉田合同庁舎1階
甲府市健康支援センター	055-237-8952 甲府市相生2丁目17-1南庁舎2階
山梨県知事直轄組織 感染症対策グループ	055-223-1505
山梨大学医学部附属病院肝疾患センター	055-273-1111

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断（再治療）

ふりがな 患者氏名	性別		生年月日（年齢）																									
	男・女		年 月 日生（満 歳）																									
住 所	〒 _____ _____ 電話番号（ _____ ）																											
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医 師 名																									
過去の 治療歴	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴(3剤併用療法を含む)あり。(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効)																											
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. C型肝炎ウイルスマーカー（検査日: _____ 年 月 日） (1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: logIU/ml・ _____、測定法 TaqManPCR 法・ _____) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1・2・その他(_____)・判定不能 (該当する方を○で囲む) ジェノタイプ(グループ) 1a・1b・2a・2b・その他(_____)</p> <p>2. 血液検査（検査日: _____ 年 月 日） AST _____ IU/l ALT _____ IU/l その他の血液検査所見 ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 万/ul (必要に応じて記載) AFP _____ ng/ml eGFR _____ mL/分/1.73m² Ccr _____ mL/分/1.73m² [_____]</p> <p>(リバビリン併用療法を行う場合で eGFR が 50 mL/分/1.73m² 未満の場合は、クレアチニンクリアランスの値をご記入ください。検査を実施していない場合は eGFR からの換算値をご記入ください)</p> <p>3. 画像診断・肝生検などの所見（該当するものを○で囲む。） (1) 画像診断（検査日: _____ 年 月 日） 検査方法（該当するものを○で囲む） ・エコー ・CT ・MRI ・その他(_____) ■所見（必ず記載） _____</p> <table border="1" data-bbox="997 1164 1524 1339"> <thead> <tr> <th></th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>脳症</td> <td>ない</td> <td>軽度</td> <td>ときどき昏睡</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td>ない</td> <td>少量</td> <td>中等度</td> </tr> <tr> <td>TBil(mg/dl)</td> <td>2.0未満</td> <td>2.0～3.0</td> <td>3.0超</td> </tr> <tr> <td>Alb(g/dl)</td> <td>3.5超</td> <td>2.8～3.5</td> <td>2.8未満</td> </tr> <tr> <td>PT(%)</td> <td>70超</td> <td>40～70</td> <td>40未満</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2) 肝臓硬度測定検査（検査日: _____ 年 月 日） _____ kPa、</p> <p>(3) 肝生検（検査日: _____ 年 月 日） F _____、A _____</p> <p>4. Child-Pugh 分類（右表）の該当する症状を○で囲む</p> <p>合計 _____ 点 Child-Pugh 分類 A・B・C（該当を○で囲む）</p>					1点	2点	3点	脳症	ない	軽度	ときどき昏睡	腹水	ない	少量	中等度	TBil(mg/dl)	2.0未満	2.0～3.0	3.0超	Alb(g/dl)	3.5超	2.8～3.5	2.8未満	PT(%)	70超	40～70	40未満
	1点	2点	3点																									
脳症	ない	軽度	ときどき昏睡																									
腹水	ない	少量	中等度																									
TBil(mg/dl)	2.0未満	2.0～3.0	3.0超																									
Alb(g/dl)	3.5超	2.8～3.5	2.8未満																									
PT(%)	70超	40～70	40未満																									
(参考所見)	HCV 薬剤耐性: あり (NS5A(Y93H)、NS5A(_____)、NS3(_____)、その他: _____)・なし (該当に○又は記入)																											
診 断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh 分類 A に限る																											
肝がんの 合併	1. 肝がんの合併*あり 2. 肝がんの合併なし (該当するものに○) *肝がんの合併がある場合は適応になりません。 [_____] ・これまで肝がんなし ・過去に肝がんがあったが現在はなし																											
治療内容	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法 5. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤 2. ソホスブビル及びリバビリンの併用療法 6. ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠、リバビリン併用 3. レジパスビル/ソホスブビル配合錠 7. その他の薬剤 (薬剤名 _____) 4. エルバスビル及びグラゾプレビル水和物の併用療法 治療予定期間 _____ 週 (_____ 年 月 ~ _____ 年 月)																											
治療上の問題点																												
本診断書の 作成医師	以下のいずれかにチェックがない場合は助成対象になりません。 <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医で、意見書(様式第4号の9)を添付している医師																											
上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。 医療機関名及び所在地 _____ 記載年月日 _____ 年 月 日																												
<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 _____ 医師氏名 _____ 印																												

必ず、裏面の注意事項を御確認ください。

○ 診断書の記載に係る注意事項

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3箇月以内です。
- 2 記載日前6箇月以内（ただし、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、ご注意ください。
- 4 本診断書は、原則として日本肝臓学会肝臓専門医により作成してください。

○ 患者様へのお願い

肝炎治療費の助成を受けるためには、県（保健所）へ申請が必要です。
診断書を受け取ったら、**直ちに**保健所で治療費助成の申請を行って下さい。
申請を行った月の治療費から助成の対象となります。
御不明な点は、次の問い合わせ窓口にて御相談下さい。

申請受付場所

申請者の住所地を管轄する保健福祉事務所（甲府市健康支援センターも含む）

申請手続きに必要な書類等

- ① 申請書（県感染症対策グループのホームページからでも入手できます。）
<https://www.pref.yamanashi.jp/kansensho/80408314857.html>
- ② 診断書（治療を開始する医療機関で作成してもらって下さい。）
- ③ マイナンバー（個人番号）の記載のない住民票〔謄本〕（現住所の記載があるもので、申請者の属する世帯全員が記載されているもの）
- ④ 市町村民税証明書：所得課税証明書（申請者及び住民票に記載されている世帯全員分）
- ⑤ 被保険者証の写し（申請者の氏名が記載されているもの）
- ⑥ 高齢者受給者証の写し（お持ちの方のみ）

<問い合わせ窓口>

中北保健福祉事務所	0551-23-3074 韮崎市本町4丁目2-4北巨摩合同庁舎1階
峡東保健福祉事務所	0553-20-2752 山梨市下井尻126-1東山梨合同庁舎1階
峡南保健福祉事務所	0556-22-8158 南巨摩郡富士川町鰐沢771-2南巨摩合同庁舎2階
富士・東部保健福祉事務所	0555-24-9035 富士吉田市上吉田1丁目2-5富士吉田合同庁舎1階
甲府市健康支援センター	055-237-8952 甲府市相生2丁目17-1南庁舎2階
山梨県知事直轄組織 感染症対策グループ	055-223-1505
山梨大学医学部附属病院肝疾患センター	055-273-1111

インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

ふりがな 患者氏名		性別	生年月日（年齢）			
		男・女	年	月	日生（満	歳）
住 所	〒 ー					
	電話番号（ ）					

山梨県肝炎治療助成事業実施要綱 別紙1 認定基準（抜粋）

（3）インターフェロンフリー治療について

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。

※1 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回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.（1）及び2.（2）に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目についても満たしている必要があります。

- ✓上記の山梨県肝炎治療助成事業実施要綱における認定基準を確認した。
- ✓日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ✓ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2. 本意見書を記載する医師が適切であると判断する場合に限り、以下にチェックの上返信して下さい。

この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

注) 1. 本意見書の有効期限は、記載日から起算して3箇月以内です。

2. 本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書（非代償性肝硬変用）

ふりがな 患者氏名			性別	生年月日（年齢）																									
			男・女	年	月	日生（満 歳）																							
住 所	〒 _____ _____ 電話番号 () _____																												
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医 師 名																										
過去の 治療歴	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴(3剤併用療法を含む)あり。(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効)																												
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: _____ 年 月 日) (1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: logIU/ml、測定法 TaqManPCR 法 _____) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1・2・その他()・判定不能 (該当するものを○で囲む) ジェノタイプ(グループ) 1a・1b・2a・2b・その他() 2. 血液検査 (検査日: _____ 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l その他の血液検査所見 ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 万/ul (必要に応じて記載) AFP _____ ng/ml eGFR _____ mL/分/1.73m ² 3. 画像診断・肝生検などの所見(該当するものを○で囲む) (1) 画像診断(検査日: _____ 年 月 日) 検査方法(該当するものを○で囲む) ・エコー ・CT ・MRI ・その他() ■所見(必ず記載) _____ (2) 肝臓硬度測定検査(検査日: _____ 年 月 日) _____ k Pa、 (3) 肝生検(検査日: _____ 年 月 日) F _____、A _____ 4. Child-Pugh 分類(右表)の該当する症状を○で囲む 合計 _____ 点 Child-Pugh 分類 A ・ B ・ C (該当するものを○で囲む)																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>脳症</td> <td>ない</td> <td>軽度</td> <td>ときどき昏睡</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td>ない</td> <td>少量</td> <td>中等度</td> </tr> <tr> <td>TBil(mg/dl)</td> <td>2.0未満</td> <td>2.0~3.0</td> <td>3.0超</td> </tr> <tr> <td>Alb(g/dl)</td> <td>3.5超</td> <td>2.8~3.5</td> <td>2.8未満</td> </tr> <tr> <td>PT(%)</td> <td>70超</td> <td>40~70</td> <td>40未満</td> </tr> </tbody> </table>							1点	2点	3点	脳症	ない	軽度	ときどき昏睡	腹水	ない	少量	中等度	TBil(mg/dl)	2.0未満	2.0~3.0	3.0超	Alb(g/dl)	3.5超	2.8~3.5	2.8未満	PT(%)	70超	40~70
	1点	2点	3点																										
脳症	ない	軽度	ときどき昏睡																										
腹水	ない	少量	中等度																										
TBil(mg/dl)	2.0未満	2.0~3.0	3.0超																										
Alb(g/dl)	3.5超	2.8~3.5	2.8未満																										
PT(%)	70超	40~70	40未満																										
(参考所見)	HCV 薬剤耐性: あり (NS5A(Y93H)、NS5A()、NS3()、その他: _____)・なし(該当に○又は記入)																												
診 断	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh 分類B又はCに限る																												
肝がんの 合併	1. 肝がんの合併*あり ※肝がんの合併がある場合は適応になりません。 2. 肝がんの合併なし(該当するものに○) <input type="checkbox"/> これまで肝がんなし ・過去に肝がんがあったが現在はなし																												
治療内容	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠 2. その他の薬剤(薬剤名 _____) 治療予定期間 _____ 週(_____ 年 月 ~ _____ 年 月)																												
治療上の 問題点																													
本診断書の 作成医師	インターフェロンフリー治療歴のある場合、以下のいずれかにチェックがない場合は助成対象になりません。 <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医で、意見書(様式第4号の9)を添付している医師																												
上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。 医療機関名及び所在地 _____ 記載年月日 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 _____ 医師氏名 _____ 印 _____																													

必ず、裏面の注意事項を御確認ください。

○ 診断書の記載に係る注意事項

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3箇月以内です。
- 2 記載日前6箇月以内（ただし、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、ご注意ください。
- 4 本診断書は、原則として日本肝臓学会肝臓専門医により作成してください。

○ 患者様へのお願い

肝炎治療費の助成を受けるためには、県（保健所）へ申請が必要です。
診断書を受け取ったら、**直ちに**保健所で治療費助成の申請を行って下さい。
申請を行った月の治療費から助成の対象となります。
御不明な点は、次の問い合わせ窓口にて御相談下さい。

申請受付場所

申請者の住所地を管轄する保健福祉事務所（甲府市健康支援センターも含む）

申請手続きに必要な書類等

- ① 申請書（県感染症対策グループのホームページからでも入手できます。）
<https://www.pref.yamanashi.jp/kansensho/80408314857.html>
- ② 診断書（治療を開始する医療機関で作成してもらって下さい。）
- ③ マイナンバー（個人番号）の記載のない住民票〔謄本〕（現住所の記載があるもので、申請者の属する世帯全員が記載されているもの）
- ④ 市町村民税証明書：所得課税証明書（申請者及び住民票に記載されている世帯全員分）
- ⑤ 被保険者証の写し（申請者の氏名が記載されているもの）
- ⑥ 高齢者受給者証の写し（お持ちの方のみ）

<問い合わせ窓口>

中北保健福祉事務所	0551-23-3074 韮崎市本町4丁目2-4北巨摩合同庁舎1階
峡東保健福祉事務所	0553-20-2752 山梨市下井尻126-1東山梨合同庁舎1階
峡南保健福祉事務所	0556-22-8158 南巨摩郡富士川町鰍沢771-2南巨摩合同庁舎2階
富士・東部保健福祉事務所	0555-24-9035 富士吉田市上吉田1丁目2-5富士吉田合同庁舎1階
甲府市健康支援センター	055-237-8952 甲府市相生2丁目17-1南庁舎2階
山梨県知事直轄組織 感染症対策グループ	055-223-1505
山梨大学医学部附属病院肝疾患センター	055-273-1111