肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書(A)

申請者記載欄

岡山県知事 殿

私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、 治療の効果・副作用等に関して、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者 証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。

◎以下の項目すべて記入の上、署名・捺印してください。

住 所		市町・	村					
連絡先		_		_				
生年月日·性別		年	月	日(満	歳)	(男	· 女)
受給者番号								
現行有効期間	開始:	年	月	日~終了:	:	年 月	目	
申請年月日		年 月	日					
申請者氏名	署名()			

- 注1) 現行有効期間が満了する前に、住所地を管轄する保健所へ申請してください。
 - 2) 延長期間は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
 - 3) 受付後に書類の不備等でご連絡が必要な場合は電話にてご連絡いたします。

主治医記載欄

以下の項目について、確認の上、最後に署名・捺印をしてください。 該当する項目の □ にチェックを入れ、すべての () 内には数字を記入してください。
申請者(患者氏名:) については、以下のとおりである。
□ 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
□ 申請者の治療前のウイルス型とウイルス量は、セログループ1かつ高ウイルス量である。
□ 申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用治療の標準的治療(48週間)を
開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目
で継続中である(一時休薬期間は除く)。
□ 申請者は、以下の2項目の内、() に該当する(①、②いずれかを記入する)。
① 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治療48週を行
い、36週目までに HCV-RNA が陰性化したが再燃した者。
② ①に該当しない者であり、今回の治療で、投与開始12週後に HCV-RNA 量が治療開め
前の値の 1/100 以下に低下したが、HCV-RNA が陽性(Real time PCR)であった。
□ 申請者は、投与開始後継続的に治療を続け、投与開始後36週までに HCV-RNA (Rea
time PCR)が陰性化した(一時休薬期間は除く)。
□ 標準的治療期間である48週に24週をプラスして、トータル72週間の投与期間延長が
必要であると判断する。
□ 変更後のトータル治療予定期間は、治療開始から最大で72週間であり、治療予定期間
は次のとおりである。
(当初の治療開始: 年 月 ~ 変更後の治療終了: 年 月予定)
※□にチェックがない、または () 内に未記入がある場合は、期間延長は不認定となります
記載年月日: 年 月 日
専門医療機関名:(
担当医師名(署名):() 印

注)ペグインターフェロン製剤添付文書 <u>【使用上の注意】の重要な基本的注意</u> において「本剤を 48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留 意してください。