

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

徳島県知事 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、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。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記 載 年 月 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
(フリガナ)	_____ 印
申 請 者 氏 名	_____ (自署の場合は押印不要)
性 別	_____ 男 ・ 女
生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳)
現 住 所	〒 _____
電 話 番 号	_____ - _____

※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入してください。

受給者証番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
現行有効期間	開始 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	終了 _____ 年 _____ 月 _____ 日

注1)本申請書は、徳島県に申請してください。

2)延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。

3)記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(担当医記載欄)

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記 載 年 月 日 _____ 年 月 日

医 療 機 関 名 _____

そ の 所 在 地 〒 — _____

担 当 医 師 _____ 印
(自署の場合は押印不要)

確認事項

※ 担当医師は、該当する場合、共通項目の□、かつ、(1)若しくは(2)の□にチェックを入れてください。
(有効期間延長の認定には、共通項目のすべての□、かつ(1)若しくは(2)のすべての□にチェックが入っていることが必要です。)

申請者 (_____) について、C型慢性肝炎セログループ1 (ジェノタイプ1) かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、

(共通項目)

- ☐ 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。
- ☐ 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1 (ジェノタイプ1) かつ高ウイルス量である。
- ☐ 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である 48 週間に連続して 24 週間を延長するもので、治療開始から最大で 72 週間である。
[変更後の予定期間：(開始： _____ 年 月～終了： _____ 年 月予定)]

(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療法 48 週を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化した者が再燃した者で、『今回の治療において、HCV-RNA が投与開始後 36 週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので 48 週プラス 24 週 (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。

- ☐ 申請者は、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療法 48 週を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化した者が再燃した者である。
- ☐ 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、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。)。
- ☐ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
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 が陰性化。(一時休薬期間は除く。)

(2) (1)に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始 12 週後に HCV-RNA 量が前値の 1/100 以下に低下するが、HCV-RNA が陽性 (Real time PCR) で、36 週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので、48 週プラス 24 週 (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。

- ☐ 申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の標準的治療 (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。)。
- ☐ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
 - 投与 12 週後は、HCV-RNA が陽性のままであり、かつ、HCV-RNA 量が前値の 1/100 以下に低下
 - 投与 36 週までに HCV-RNA が陰性化 (一時休薬期間は除く。)。

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意において、「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。