

(72週投与用)

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"/>					
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。