

(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

（申請者記載欄）

（あて先）秋田県知事

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、署名してください。

記載年月日 年 月 日
申請者氏名（フリガナ） _____（ ）
性 別 男 ・ 女
生年月日 年 月 日生（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。
受給者番号（ ）
現行有効期間（開始 年 月 日～終了 年 月 日）

注 1）延長は、現行有効期間に引き続く 6 か月を限度とします。

2）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)

※ 以下の事項をすべて確認の上、署名してください。

記載年月日 年 月 日

医療機関名 ()

その所在地 ((〒 -))

担当医師名 ()

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(____、フリガナ:____)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。

(副作用等延長用)

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

(申請者記載欄)

(あて先) 秋田県知事

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、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。

※ 以下の項目にすべて記入の上、署名してください。

記載年月日 年 月 日
 申請者氏名(フリガナ) _____ ()
 性 別 男 ・ 女
 生年月日 年 月 日生 (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、ご記入ください。
 受給者番号()
 現行有効期間(年 月 日～ 年 月 日)

(担当医記載欄)

申請者():フリガナ)について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える（計 2 か月までの延長）可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長が必要であると判断する。

記載年月日 年 月 日
 医療機関名
 その所在地 〒 -
 担当医師名

(注) なお、副作用等の要因について、県担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。

注 1) 延長は、現行有効期間に引き続く 2 か月を限度とします。

2) 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。