

肝炎治療受給者証(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)有効期間延長申請書

受給者番号		有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
患者氏名 (受給者)		男・女	明昭 大平	年 月 日生	(満 歳)
住所	〒 電話番号 ()				
<p>私は、プロテアーゼ阻害剤(シメプレビル)を含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48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(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)の有効期間延長を申請します。</p> <p>(あて先) 埼玉県知事 記載年月日 平成 年 月 日</p>					
申請者が、上記患者と → 同様の場合には、 記入の必要はありません。		申請者 (代理人)	氏名	患者との続柄()	
			住所		
			電話番号		

■下欄は担当医記載欄です。該当する項目の□にチェックを入れてください。
有効期間延長の認定には、1. の治療歴のいずれかの項目、および2. の判断にチェックが入っていることが必要です。

患者()、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)症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、	
1. 治療歴について	これまでの、インターフェロン治療[(ペグ)インターフェロン製剤単独、リバビリン併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法]の無効例と認められ <input type="checkbox"/> 申請者は、これまでのインターフェロン治療において、24週目までにHCV-RNAが陰性化しなかった者である。 <input type="checkbox"/> 申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始12週後にHCV-RNAが前値の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者である。	
2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について	<input type="checkbox"/> 3剤併用期間に続く 12週のペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に 24週(総治療期間48週)延長することが適切であると判断する。 [変更後の治療予定期間 (開始:平成 年 月 ~ 終了:平成 年 月 予定)]	

(注)シメプレビルを含む3剤併用療法の実施において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。		
(〒 -)	記載年月日 平成 年 月 日	
所在地		
医療機関名		
電話番号	医師氏名	印

- (注) 1. この申請書は、現行有効期間が満了するおおよそ2か月前までに、管轄の保健所に提出してください。(必要書類:受給者証)
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、御注意ください。