

## 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(72週投与用)

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 ( )				
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。 (あて先) 埼玉県知事 記載年月日 平成 年 月 日					
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。有効期間の延長が認められる条件「その1又はその2」に該当するいずれかの□にチェックを入れるとともに、確認事項の該当項目にもチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 1. 有効期間の延長が認められる条件(その1)	
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)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、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週までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、『今回の治療で、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。	
確認事項	※担当医師は、該当する項目: □にチェック(レ点)を入れてください。 (有効期間延長の認定には、下記すべての□にチェックが入っていることが必要です。)
<input type="checkbox"/> 患者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。 <input type="checkbox"/> 患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。 <input type="checkbox"/> 患者は、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週までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者である。 <input type="checkbox"/> 患者は、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る。 <input type="checkbox"/> なお、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。) <input type="checkbox"/> 患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が陰性化した(一時休薬期間は除く。) <input type="checkbox"/> 患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。 <input type="checkbox"/> 変更後の治療予定期間(開始:平成 年 月 ~ 終了:平成 年 月 予定)	

<input type="checkbox"/> 2. 有効期間の延長が認められる条件(その2)	
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)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、前欄(その1)に該当しない者であって、『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。※「前値」とは、治療開始約半年前~直前までのHCV-RNA定量値をいう。	
確認事項	※担当医師は、該当する項目: □にチェック(レ点)を入れてください。 (有効期間延長の認定には、下記すべての□にチェックが入っていることが必要です。)
<input type="checkbox"/> 患者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。 <input type="checkbox"/> 患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。 <input type="checkbox"/> 患者は、ペグインターフェロン及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る。 <input type="checkbox"/> なお、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。) <input type="checkbox"/> 患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以下に低下した。 ・投与36週までにHCV-RNAが陰性化した(一時休薬期間は除く。) <input type="checkbox"/> 患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。 <input type="checkbox"/> 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)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。

(〒 - )	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。