

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	フリガナ		
	氏名		性別 男・女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日生（満 歳）
	現住所	(電話)	
	受給者番号	□ □ □ □ □ □ □	
現行の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
<p>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、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">和歌山県知事 様</p>			

注1. 本申請書(A)は、住所地を所管する保健所を経由して、和歌山県に申請してください。

注2. 本申請書(A)による延長は、現行有効期間に引き続く6か月が限度です。

注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）

申請者（ ）について、C型慢性肝炎セログループ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あたり、下記の(1)もしくは(2)の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。

(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。

(2) (1)に該当しない者で、今回の治療で、投与開始12週後HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性(Real timePCR)で、36週までに陰性化した症例。

※ 以下の確認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)もしくは(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)もしくは(2)のすべての□にチェックが入っている必要があります。)

(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およ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。
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。(一部休薬期間は除く。)

(2) (1)に該当しないもので、『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。
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週間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。