様式第１５号（オモテ面）

**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・診断書

（申請者記載欄）

　　山口県知事　様

　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。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

申請者名

* 以下の項目すべてに記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  受給者氏名 |  | | | | | 性別 | | 生年月日（年齢） | | | | |
| 男　　　女 | | 大正・昭和・平成  　　年　　月　　　日生（満　　歳） | | | | |
| 現住所 | 郵便番号  電話番号　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 現在交付されている受給者証   * 受給者証を確認の上、ご記入ください。 | 公費負担者番号 | **３** | **８** | | **３** | | **５** | | **６** | **０** | **１** | **０** |
| 受給者番号 |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 現行有効期間 | 開始 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 終了 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 自己負担限度額 | １万円　　　・　　２万円 | | | | | | | | | | |

（注）１　本申請書の提出先は住所地を管轄する保健所（下関市の場合は、下関市立下関保健所）です。

　　　　２　ウラ面の医師記載欄を必ず記入してもらってください。

　　　　３　現在交付されている受給者証の写しを添付してください（申請時、受給者証を提示してください。）。

　　　　４　延長は、現行有効期間に引き続く６か月を限度とします。

　　　　５　記載もれがある場合等は、認定されないことがありますので、ご注意ください。

　　　　６　この申請が行える期間は、現在お持ちの受給者証の有効期間が終了する日までです。有効期間が終了した後の申請はできませんので、ご注意ください。

――――――――――――申請者は下記の欄には記入しないでください。――――――――――――――――――――

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経由保健所  （健康福祉センター） |  | 受付年月日 | 年　　月　　日 |
| 本課記載欄 | 健康増進課到達日：　　　　　年　　　月　　　日 | | |

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、下記に該当することから４８週プラス２４週（トータル７２週間）の投与期間延長が必要と判断する。

確認事項

* 担当医師は、該当する項目の□にチェックを記入してください。
* 有効期間延長の認定には、①または②のすべての□にチェックが入っていることが必要です。記載漏れがある場合は、認定できないことがありますのでご注意ください。

様式第１５号（ウラ面）

|  |  |
| --- | --- |
| 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、セログループ１かつ高ウイルス量である。 * 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。）。   * 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。  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 変更後の治療予定期間 | | | | | 開　始 | 年　　　月 | 終　了 | 年　　　月予定 | |
| 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、セログループ１かつ高ウイルス量である。 * 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。）。   * 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。  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 変更後の治療予定期間 | | | | | 開　始 | 年　　　月 | 終　了 | 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 | 年　　　月　　　日 |
| 医療機関名  及び  所在地 |  |
| 担当医師氏名 |  |

* 診断書の有効期間は、記載日から３か月です。
* 期間延長後はインターフェロン治療の２回目の助成制度利用は認められません。