

(シメプレビルを含む3剤併用療法延長用)

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・診断書

(申請者記載欄)

山口県知事 様

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。

年 月 日

申請者名 印

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・押印してください。

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、プロテアーゼ阻害剤（シメプレビル）を含む3併用療法の実施にあたり、下記に該当することから24週を超えて最大48週まで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。
- ※ 本診断書は日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器専門医が記載してください。
- ※ 有効期間延長の認定には、①の治療歴のいずれかの項目及び②の判断及び③の診断書記載医師の項目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。

①	<p>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、</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者は、これまでの24週以上のインターフェロン治療でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者である。</p> <p><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。</p>								
②	<p>3剤併用療法の治療期間延長の判断について</p> <p><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。</p> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="4">変更後の治療予定期間</th> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">開 始</td> <td style="width: 25%;">年 月</td> <td style="width: 15%;">終 了</td> <td style="width: 45%;">年 月 予 定</td> </tr> </table>	変更後の治療予定期間				開 始	年 月	終 了	年 月 予 定
変更後の治療予定期間									
開 始	年 月	終 了	年 月 予 定						
③	<p>診断書の記載医師について、</p> <p><input type="checkbox"/> 診断書を記載する医師は日本肝臓学会肝臓専門医である。</p> <p><input type="checkbox"/> 診断書を記載する医師は日本消化器病学会消化器専門医である。</p>								

（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	年 月 日
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	
担 当 医 師 氏 名	印

※ 診断書の有効期間は、記載日から3か月です。