

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	公費負担者番号	3	8	3	5	6	0	1	0
	受給者番号								
※ 受給者証を確認の上、ご記入ください。	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ビ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。

①	<input type="checkbox"/> これまでの治療において、ペグインターフェロン及びビリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、『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。								
	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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ビリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が、再燃した者である。 <input type="checkbox"/> 申請者は、ペグインターフェロン及びビ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。) <input type="checkbox"/> 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、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。) <input type="checkbox"/> 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。								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">変更後の治療予定期間</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">開 始</td> <td style="width: 25%;">年 月</td> <td style="width: 25%;">終 了</td> <td style="width: 25%;">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						
②	<input type="checkbox"/> 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。								
	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 申請者は、ペグインターフェロン及びビ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。) <input type="checkbox"/> 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、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。) <input type="checkbox"/> 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。								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">変更後の治療予定期間</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">開 始</td> <td style="width: 25%;">年 月</td> <td style="width: 25%;">終 了</td> <td style="width: 25%;">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						

(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 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。