

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（A）

申請者記載欄

岡山県知事 殿

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・副作用等に関して、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。

◎以下の項目すべて記入の上、署名・捺印してください。

住 所	市 町・村									
連 絡 先	— —									
生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日（満 歳）（男・女）									
受給者番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
現行有効期間	開始：平成 年 月 日～終了：平成 年 月 日									
申請年月日	平成 年 月 日									
申請者氏名	署名（ ） 印									

注1）現行有効期間が満了する前に、住所地を管轄する保健所へ申請してください。

2）延長期間は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。

なお、郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。

上記記載の電話番号への電話による連絡

上記記載の住所への文書による連絡

（裏面に続く）

(裏面)

主治医記載欄

以下の項目について、確認の上、最後に署名・捺印をしてください。

該当する項目の にチェックを入れ、すべての () 内には数字を記入してください。

申請者 (患者氏名 : _____) については、以下のとおりである。

- 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。
- 申請者の治療前のウイルス型とウイルス量は、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およびリバビリン併用治療の標準的治療 (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)。
- 申請者は、以下の2項目の内、() に該当する (①、②いずれかを記入する)。
 - 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治療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。
 - ② ①に該当しない者であり、今回の治療で、投与開始12週後に HCV-RNA 量が治療開始前の値の1/100以下に低下したが、HCV-RNA が陽性 (Real time PCR) であった。
- 申請者は、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 (Real time PCR) が陰性化した (一時休薬期間は除く)。
- 標準的治療期間である48週に24週をプラスして、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。
- 変更後のトータル治療予定期間は、治療開始から最大で72週間であり、治療予定期間は次のとおりである。
(当初の治療開始 : 平成 年 月 ~ 変更後の治療終了 : 平成 年 月 予定)

※にチェックがない、または () 内に未記入がある場合は、期間延長は不認定となります

記載年月日 : 平成 年 月 日

専門医療機関名 : ()

担当医師名 (署名) : () (印)

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。