

## 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（C）

申請者記載欄

岡山県知事 殿

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。

◎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）

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 ( ) 内に記入してください。

有効期間延長の認定には、1. の治療歴のいずれかの項目、および2. の判断にチェックが入っていることが必要です。

申請者 ( ) について、C型慢性肝炎セログループ1症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、

1. 治療歴について

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、

- 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。
- 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。

2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について

- 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。

[ 変更後の予定期間：(開始：平成 年 月～終了：平成 年 月予定) ]

(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：平成 年 月 日

専門医療機関名：( )

担当医師名(署名)：( ) 印