

(72 週投与用)

肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記入欄)

高知県知事 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、高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第 11 の 1 の規定により肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※ 以下の項目にすべて記入の上、記載してください。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ
申請者氏名 _____ 性別(男 ・ 女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (満 _____ 歳)

現住所 〒 _____

電話番号 _____

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、ご記入ください。

受給者番号 _____

現行有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

- (注) 1 この申請書は、住所地を管轄する福祉保健所(高知市においては、高知市保健所)又は高知県健康政策部健康対策課に提出してください。
- 2 延長は、現行有効期間に引き続く 6 月を限度とします。
- 3 記入漏れがある場合等は、認定されないことがありますので、ご注意ください。

(担当医記入欄)

※ 以下の確認事項を全て確認の上、記載してください。

記載年月日 年 月 日

医療機関名 _____

現住所 〒 _____

担当医師名 _____

確認事項

※ 担当医師は、該当する場合は、共通項目の□、かつ、(1)又は(2)の□にチェックを入れてください。

(有効期間の延長の認定には、共通項目全ての□、かつ(1)又は(2)の全ての□にチェックが入っている必要があります。)

申請者(、フリガナ:)について、C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイプ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当たり、

(共通項目)

- 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は、セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量である。
- 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。
[変更後の予定期間:(開始: 年 月~終了: 年 月予定)]

(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。

- 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が陰性化した者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(一時休薬期間は除きます。)
- 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(一時休薬期間を除きます。)

(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(一時休薬期間は除きます。)
- 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(一時休薬期間を除きます。)

(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。