

## 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（72週投与用）

年 月 日

保健所長

住 所

申請者

氏 名

印（続柄： ）

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。

（申請者記載欄）

受給者氏名							
生年月日	年 月 日生（満 歳）						
受給者番号							
現行有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日						

注1）本申請書は、現行有効期間が満了する前に、管轄保健所に申請してください。

注2）有効期間の延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。

注3）記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

## (担当医記載欄)

※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

**確認事項**

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

(有効期間延長の認定には、共通項目のすべての□、かつ(1)若しくは(2)のすべての□にチェックが入っている必要があります。)

フガナ

受給者( )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)

- 受給者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- 受給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。
- 受給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。

- 受給者は、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。
- 受給者は、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(一時休薬期間は除く。)
- 受給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。(一時休薬期間は除く。)

(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。

- 受給者は、ペグインターフェロンおよ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(一時休薬期間は除く。)
- 受給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 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。)

	記載年月日	年	月	日
医療機関名及び所在地				
〒	—			
	担当医師名			印
	(連絡先			)

(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。