

(様式第7-3)

肝炎治療受給者証延長申請書 (インターフェロン72週延長投与用)			
受給者	ふりがな氏名		性別 男 女
	生年月日	大昭 年 月 日 (満 歳)	
	住所	(〒 - ) (電話 )	
	受給者番号		
受給者証に記載された有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
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、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。 申請者氏名  令和 年 月 日  長崎県知事 様			

- 注1) 助成期間の延長に係る申請は、助成期間が満了する概ね2か月前までに現在お持ちの受給者証の写しを添付して県へ申請してください。
- 注2) 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) 担当医師に裏面の確認事項を記載していただってください。
- 注4) 記入漏れがある場合などは、有効期間の延長が認定されないことがあります。

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およびリバビリン併用療法における投与期間延長(72週間投与)を実施するにあたり、下記確認事項のとおり投与期間延長が必要と判断する。

【確認事項】

※担当医師は、投与期間延長が必要であると判断する場合、共通項目の□、かつ、(1)もしくは(2)の□にチェック(✓)を入れてください。なお、認定には共通項目、かつ(1)もしくは(2)のすべての□にチェックが入っていることが必要です。

(共通項目)

- 申請者の診断名は、「C型慢性肝炎」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：令和 年 月～終了：令和 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(一時休薬期間は除く。)
- 申請者の治療経過について、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) 上記の(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。)
- 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(一時休薬期間は除く)

記載年月日：令和 年 月 日

医療機関名及び所在地

医師氏名 \_\_\_\_\_ 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。