

肝炎治療受給者証（シメプレビルを含む3剤併用療法）有効期間延長申請書

受給者番号

申請内容		治療受給者証有効期間延長					
申請者	ふりがな		性別	1 男	2 女		
	氏名		生年月日		年 月 日 (才)		
	住所	(〒 -)	住所コード				
電話番号 () -							

申請者記載欄	現行有効期間	年 月 日から	年 月 日まで
	<p>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（シメプレビルを含む3剤併用療法）の有効期間の延長を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名</p> <p>福井県知事 様</p>		

担当医記載欄	<p>【確認事項】担当医師は、該当する項目の□にチェックを入れてください。 （有効期間延長の認定には、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。）</p> <p>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、</p> <p>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剤、リバビリン併用療法およ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。</p> <p>2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について □ 3剤併用療法期間に続く12週のペグインターフェロンおよびリバビリンの2剤投与期間をさらに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。</p> <p>〔変更後の予定期間：（開始： 年 月～終了： 年 月予定）〕</p> <p>(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およびリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。</p> <p>(※ 上記の確認事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。)</p> <p>記載年月日 年 月 日</p> <p>医療機関名および所在地 (〒 -)</p> <p>担当医師名</p>
--------	--

注 1 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
2 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御注意ください。

添付書類 ①受給者証

受付保健所名	1 福井 2 坂井 3 奥越 4 丹南 5 二州 6 若狭 7 福井市
受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで