

(様式第7号-2)

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長届出書

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
	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、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間の延長を届け出ます。 年 月 日 申請者氏名 福井県知事 様		

担当医記載欄	<p>【確認事項】 担当医師は、該当する場合、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。 (有効期間延長の認定には、共通項目のすべての□、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。)</p> <p>申請者 () 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およびリバビリン併用療法の実施に当たり、</p> <p>(共通項目)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>[変更後の予定期間：(開始： 年 月～終了： 年 月予定)]</p>
	<p>(1) これまでの治療において、ペグインターフェロンおよ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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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およ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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。）。</p> <p><input type="checkbox"/> 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、</p>

※ 裏面がありますので記入漏れのないように注意してください。

担当
医
記
載
欄

- ・ 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、投与開始後 12 週間後に 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。)

(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。

(※ 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。)

記載年月日 年 月 日

医療機関名および所在地

(〒 -)

担当医師名

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

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。