第６号様式(第９関係)

　　年　　月　　日

　青森県知事　　　　　殿

申請者 住 所

氏 名

受給者との続柄

電 話

受給者氏名

受給者番号

現在の有効期間（　 　年　 月 　日～　　 　　年　 月　 日）

肝炎インターフェロン治療受給者証期間延長申請書（72週投与用）

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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

|  |
| --- |
| **（医師記載欄）**  次の患者は、「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における投与期間延長（72週投与）の基準を満たすと認められるので、48週プラス24週（トータル72週）の投与期間延長が必要であると判断する。  患者氏名  **確認事項（**該当する項目の□にチェックを入れてください。**延長認定には、４，５についてはいずれか、それ以外についてはすべての□にチェックが入ることを要します。）**  □１　診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。  □２　治療前ウイルス型とウイルス量は、「セログループ1（ジェノタイプ１）、高ウイルス量症例」である。  □３　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、当該治療を継続または終了している。  　　　投与開始後、継続的に治療を続け、　治療経過について、以下の項目を満たす症例と判断されること。  □４　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を48週行い、36週までにHCV-RNAが陰性化したが再燃した者である。（本事項に該当する場合、５のチェックは不要）  □５　今回の治療で、投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ前値（治療前）の1/100以下に低下  　　　　HCV-RNA定量（前値）　：　　　　　（単位　　　　　）、検査日：  　　　　HCN-RNA定量（12週後）：　　　　　（単位 　　　　 ）、検査日：  □６　今回の治療で投与36週までにHCV-RNAが陰性化（一時休薬期間は除く。）  □７　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。  □８　変更後の予定期間（開始：　　　　年　　月～終了：　　　　年　　月）  　　年　　月　　日　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(記名・押印または署名)  （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・有効性は確率していない。」とする記載がある旨に十分留意してください。 |

注　延長は、現在の有効期間に引き続く６ヶ月を限度とします。