

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（72週投与用）

（申請者記載欄）

福岡県知事 殿

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。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日
(フリガナ)
申請者氏名 _____ 印
性別 (男 ・ 女)
生年月日 (大正・昭和・平成 年 月 日生)
(満 歳)
現住所 〒 -

電話番号 ()

※ お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、記入ください。

受給者番号 ()
現行有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)

- ※1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前に、福岡県知事に申請してください。
※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。
※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。

【患者氏名】

【生年月日】明・大・昭・平 年 月 日生（満 歳）

（医師記載欄）

（様式第18号の裏面）

※ 以下の事項を全て確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 ()

所在地 ((〒 ー))

担当医師名 () 印

【確認事項】※担当医師は、該当する場合、□にチェック（レ点）及びカッコ内の記入をしてください。
（認定は、下記の「助成期間の延長（72週投与）適用」までチェックが入ることが必要です。）

今回の治療がC型慢性肝炎セログループ1型、高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法である。

※ 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。）

これまでの治療がペグインターフェロン/リバビリン併用療法であった。

はい

いいえ

(例)
・今回が初回治療
・これまでの治療が単独療法
・これまでの治療がペグインターフェロン/リバビリン併用以外の保険適用の併用療法 など

これまでの治療で、36週目までにHCV-RNAが陰性化した。

はい

いいえ

今回の治療が、「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当し、48週プラス24週（トータル72週間）の投与が必要と判断した。

いいえ

今回の治療が、「投与開始後12週後にHCV-RNA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」に該当し、48週プラス24週（トータル72週間）の投与が必要と判断した。
※ 前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値。

はい

いいえ

今回の治療において、肝臓専門医（日本肝臓学会認定）と連携し、継続治療を実施している。

いいえ

※確認できる書類を添付。（専門医からの紹介書類等）ただし、主治医が肝臓専門医である場合は、確認書類を省略することができる。

はい

助成期間の延長（72週投与）適用

※ 変更後の予定期間
（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

助成期間の延長（72週投与）適用外

※これまでの治療：今回の治療以前の治療であり、今回の治療から2ヶ月以上前に終了したインターフェロン治療のことをいう。治験等も含む。

(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を十分留意してください。

各医療機関においては、本書類は受給者証新規申請時にかかる診断書の変更用という性格の書類であるため、申請者の追加負担とならないようご配慮いただきますようご協力ください。