

ウイルス性肝炎進行防止対策 有効期間延長申請書（シメプレビルを含む3剤併用療法延長用）
（肝炎治療特別促進事業）医療受給者証

対象疾患患者	受給者番号							
	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
	ふりがな						性別	男・女
	氏名							
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日						
	住所	(〒 -) (電話 - -)						
	保険の種類	被用者（協会・組合・船員・共済）・国保（一般）・国保（退職） 後期高齢者・その他（ ）					本人・ 家族の別	本人 家族

北海道知事 様

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（プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法）の有効期間延長を申請します。

平成 年 月 日

申請者 (患者本人の場合は氏名のみ記入してください。)	氏名						患者との続柄	
	住所	(〒 -) (電話 - -)						

- ※1 申請に当たっては、裏面に担当医の証明をもらって申請してください。
- 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。

保健所等 記入欄	収 受 印								
							整理番号		

(担当医記載欄)

※ 以下の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 平成 年 月 日

医療機関名 ()

その所在地 (〒 -)

担当医師名 () 印

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。

申請者 (、フリガナ：) について、C型慢性肝炎セログループ1 (ジェノタイプ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、

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独、リバビリン併用療法及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、これまでのインターフェロン治療において、24 週目までに HCV-RNA が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。

2. 3 剤併用療法の治療期間延長の判断について

- 3 剤併用期間に続く 12 週のペグインターフェロン及びリバビリンの 2 剤投与期間を更に 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。

[変更後の予定期間：(開始：平成 年 月～終了：平成 年 月予定)]

(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及びリバビリンの総投与期間は 48 週を超えないこと。