

**ウイルス性肝炎進行防止対策  
(肝炎治療特別促進事業) 医療受給者証 有効期間延長申請書 (72週投与用)**

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
<p>北海道知事 様</p> <p>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、ウイルス性肝炎進行防止対策(肝炎治療特別促進事業)医療受給者証の有効期間延長を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p>								
申請者	氏名						患者と の続柄	
(患者本人の場合は氏名のみ記入してください。)	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、該当する場合、共通項目の□、かつ、(1)若しくは(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)若しくは(2)のすべての□にチェックが入っている必要があります。)

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)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の実施に当たり、

(共通項目)

- 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。
- 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。
- 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。

[ 変更後の予定期間:(開始:平成 年 月~終了:平成 年 月予定)]

- (1) 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 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。

- 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及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。
- 申請者は、ペグインターフェロン及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。)
- 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 12 週後に 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。