**（様式第6－1号）**

|  |
| --- |
| （副作用等延長用）  **肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書**  **（申請者記載欄）**  愛媛県知事　様  私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療  予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証の有効期間延長を  申請します。  ※　以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください。  記載年月日　　　　　　年　　　月　　　日  申請者氏名（フリガナ）　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　）　印  性　　　別　　　男　・　女  生年月日　　　　　　　　年　　月　　日生　（満　　　　歳）  現 住 所　　　〒　　　　　　-    電話番号　　　（　　　　　　　）  ※　お手持ちの肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を確認の上、ご記入ください。  受給者番号（　　　　　　　　　　　　　）  現行有効期間（　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）  **（担当医記載欄）**  申請者（　　　　　　　　　　　　　　　：フリガナ　　　　　　　　　　）について、インターフェロン  投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える（計２か月ま  での延長）可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延  長が必要であると判断する。  記載年月日　　　　　　年　　　月　　　日  医療機関名  その所在地　　〒　　　　　　　-    担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  （注）なお、副作用等の要因について、都道府県担当者より確認の連絡をさせていただく　ことが  ありますのでご了承ください。 |

注１）本申請書は、最寄りの県保健所に申請してください。

２）延長は、現行有効期間に引き続く２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。

**（様式第6－2号）**

|  |
| --- |
| （72週投与用）  **肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書**  **（申請者記載欄）**  　　愛媛県知事　様  　　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　　　　　年　　月　　日  申請者氏名（フリガナ）　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）　印    性　　　別　　　男　・　女  生年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日生　（満　　　歳）  現 住 所　　　〒　　　　　　-  電話番号　 　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）  ※　お手持ちの肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を確認の上、記入してください。  受給者番号（　　　　　　　　　　　　）  現行有効期間（開始　　　　　　年　　月　　日～終了　　　　　　年　　月　　日） |
|  |

注１）本申請書は、最寄りの県保健所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。

|  |
| --- |
| **（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　　　　　　　　　　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□に加え、（１）または（２）の□にチェックを入れてください。  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：　　　　　年　　月～終了：　　　　　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、  与週御うごであり、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわ・ 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。）。・つ、であり、あり、う、て、  （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。 |