

72週投与用

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書

（申請者記載欄）

山梨県知事 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御記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

（フリガナ）
申請者氏名 _____ 印

性別（男・女）

生年月日 年 月 日生【満 歳】

現住所（〒 _____）

電話番号（ _____ ）

※お持ちの肝炎治療受給者証を確認の上、記入して下さい。

受給者番号（ ）

現行有効期間 年 月 日～ 年 月 日

注1）本申請書は受給者証の交付を受けた保健所に申請して下さい。

2）有効期間の延長は現行有効期間に引き続く6箇月を限度とします。

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御注意ください。

（シメプレビルを含む3剤併用療法延長用）

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）有効期間延長申請書

（申請者記載欄）

山梨県知事 殿

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。

※以下の項目すべてに御記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

（フリガナ）
申請者氏名 _____ 印

性別（男・女）

生年月日 年 月 日生【満 歳】

現住所（〒 _____）

電話番号 _____（ _____）

※お持ちの肝炎受給者証（プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法）を確認の上、記入して下さい。

受給者番号（ ）

現行有効期間 年 月 日～ 年 月 日

- 注1）本申請書は受給者証の交付を受けた保健所に申請して下さい。
2）有効期間の延長は現行有効期間に引き続く6箇月を限度とします。
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御注意ください。

【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必要があります。

(フリガナ)

申請者【 _____ 】について、

C型慢性肝炎セログループ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24週以上のインターフェロン治療でHCV-RNAが一度も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： 年 月～終了： 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。

(副作用等延長用)

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

山梨県知事 殿

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。

※以下の項目すべてに御記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

(フリガナ)
申請者氏名 _____ 印

性別 (男 ・ 女) 生年月日 . 年 月 日生【満 歳】

現住所 (〒 -)

電話番号 _____ ()

※お持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、記入して下さい。

受給者番号 ()

現行有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

(担当医記載欄)

(フリガナ)
申請者【 _____ 】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と判断する。

※申請者が受けている治療がテラプレビルを含む 3 剤併用療法 (2 4 週) の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。

治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。

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、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御了承ください。

注 1) 本申請書は受給者証の交付を受けた保健所に申請して下さい。

2) 有効期間の延長は現行有効期間に引き続く 2 箇月を限度とします。

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御注意ください。