

**肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書  
兼医師の意見書**

申請者記載欄

受 給 者	氏 名							男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住 所									
	受給者番号								受給者証に記載の有効期間	自: 年 月 日 至: 年 月 日

大阪府知事様

上記受給者の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医療受給者証の有効期間延長を申請します。

申請年月日				
申請者住所	〒 (TEL - - )			
申請者氏名		印	受給者との続柄	

※ 申請者の氏名の記載を自筆で行う場合は、押印を省略することができます。  
 ※ 承認後、申請者あてに受給者が送付されます。

備 考		保 健 所 受 付 印		大 阪 府 受 付 印	
--------	--	----------------------------	--	----------------------------	--

**該 当 条 件**

C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイプ1)型かつ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の実施にあたり、一定の条件を満たし、医師が72週投与が必要と判断する場合に、6ヶ月を限度とする期間延長が認められます。なお、少量長期療法については、対象ではありません。

上記における「一定の条件」を満たす場合とは、下記①または②のいずれかによるものとする。

- ① 前回の治療において、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、今回の治療で  
 :「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)の延長投与が必要と医師が判断した場合
- ② ①に該当しない者であり、今回の治療で  
 :「投与開始後 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」に該当し 48 週プラス 24 週(トータル 72 週間)の延長投与が必要と医師が判断した場合

**意見書作成に当たっての先生へのお願い**

インターフェロン投与期間を48週を超えて最大72週までに延長することについて、治療の効果・副作用等に関し十分な説明をし、受給者が納得されてから裏面の意見書を作成してください。

医師の意見書  
(主治医記載欄)

当てはまる項目に  (チェック)、( ) 内には回答を漏れなく記載ください

フリガナ	
受給者氏名	

左記受給者の治療経過については以下のとおりです

確認事項

**(1) 前回の治療において、ペグインターフェロン及びビリバジン併用療法を48週行い、36週までにHCV-RNAが陰性化した**が、再燃した者

受給者の診断名は「C型慢性肝炎」である	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
受給者の治療前のウイルス量については、「セログループ(ジェノタイプ)が1」かつ「高ウイルス量」である	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
受給者は前回の治療において、ペグインターフェロン及びビリバジンの併用療法を48週行い、36週までにHCV-RNAが陰性化した	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
再燃した者である	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
受給者はペグインターフェロン及びビリバジ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る	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
治療開始から現在までの週数(一時休薬期間は除く)	( ) 週目
受給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。 投与開始後、継続的に治療を続け、投与36週までにHCV-RNAが陰性化した(一時休薬期間は除く)	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
受給者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週に連続して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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
変更後の予定期間	開始: 年 月 日～ 終了: 年 月 日(予定)

**(2) (1)に該当しない者**

受給者の診断名は「C型慢性肝炎」である	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
受給者の治療前のウイルス量については、「セログループ(ジェノタイプ)が1」かつ「高ウイルス量」である	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
受給者はペグインターフェロン及びビリバジ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る	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
治療開始から現在までの週数(一時休薬期間は除く)	( ) 週目
受給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。 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が陰性化した(一時休薬期間は除く)	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
受給者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週に連続して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	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
変更後の予定期間	開始: 年 月 日～ 終了: 年 月 日(予定)

以上のことから、C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイプ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ビリバジン併用療法の実施にあたり、「一定の条件」を満たしていると考えられますので、48週プラス24週(トータル72週間)の投与が必要であると判断します。  
※上記治療経過で「該当しない」にチェックや未記入がある場合は不承認となります。

[記載年月日: 年 月 日] [医療機関電話番号: ( ) ]

[医療機関名]

[医療機関所在地]

[医師の氏名]

(注)ペグインターフェロン製剤添付[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。