

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(A)

《申請者記載欄》

Form with fields for name, gender, birth date, address, and certificate number.

奈良県知事 殿

上記受給者は、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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

Form for application date and applicant name with a stamp area.

《担当医師記載欄》

【確認事項】 ◆担当医師は、該当する場合、共通項目の□、かつ、(1)または(2)の□にチェック☑を入れ、必要事項を記入してください。

申請者()、ふりがな()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あたり、以下の条件を満たし、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します。

《共通項目》

- Checkboxes for diagnosis, virus type, and treatment details.

【変更後の治療予定期間】

治療開始: 年 月 日 から 治療終了: 年 月 日 予定

- Checkboxes for treatment history and continuation status.

以上のとおり診断します。 記載年月日 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

(印) (医師自署または記名押印)

下記の該当する項目にチェックをつけてください。

- Radio buttons for medical institution type.

※ 前値: 治療開始約半年前から直前までのHCV-RNA定量値
(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。
◎ この意見書は、専門医療機関または日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が記載してください。
◎ 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
◎ 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。

Table for review results and date.