

C型ウイルス肝炎インターフェロン治療医療費助成 助成期間延長申請書 兼 診断書

申請書（申請者が記入してください。）																
<p>C型ウイルス肝炎インターフェロン治療医療費助成について、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関し、治療の効果・副作用等の十分な説明を医師から受け、同意しましたので、下記のとおり、助成期間について6か月の延長を申請します。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p> <p>東京都知事 殿</p>																
【申請者】																
受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>															
フリガナ			性別	生年月日												
氏名	姓	名	男・女	年 月 日生 (満 歳)												
住所	郵便番号 (—)															
	電話番号 ()															
現行有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日															

(注) 1 この申請書は、助成期間が満了する概ね1か月前までに、東京都へ提出してください。

2 延長は、認定期間に引き続く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御注意ください。

診断書（肝臓専門医が記入してください。）	
申請者 _____ 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、	
以下の(1)若しくは(2)の□にチェックしてください。 (注：期間延長の認定には、(1)若しくは(2)のすべての□にチェックが入っていることが必要です。)	
<input type="checkbox"/> (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、『今回の治療で、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。	
<input type="checkbox"/> 申請者の診断名は「C型慢性肝炎」である。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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る。 <input type="checkbox"/> なお、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。）。 <input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 変更後の治療予定期間：（開始：_____年_____月～終了：_____年_____月予定）	
<input type="checkbox"/> (2) 上記(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。 <p style="text-align: center;">※期間延長後はインターフェロン治療の 2 回目の助成制度利用は認められません。</p> <input type="checkbox"/> 申請者の診断名は「C型慢性肝炎」である。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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る。 <input type="checkbox"/> なお、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。）。 <input type="checkbox"/> 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 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 ・投与開始後 36 週までに HCV-RNA が陰性化（一時休薬期間は除く。） <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 変更後の治療予定期間：（開始：_____年_____月～終了：_____年_____月予定）	
注意事項： 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を十分留意してください。	
肝臓専門医療機関名 及び 所在地	
年 月 日	
肝臓専門医 氏名	
Ⓜ	

(注) 1 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。

2 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。