

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(副作用等延長用)

(申請者記載欄)

佐賀県知事 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治療を休止し、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(インターフェロン治療)の有効期間の延長を申請します。

記載年月日 年 月 日

申請者氏名 (ふりがな)

性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (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 年 月 日～ 年 月 日

(担当医師記載欄)

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)の有効期間延長が必要であると判断する。

○治療休止の理由

○ 変更前の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

○ 治療の休止期間 年 月 日～ 年 月 日

○ 変更後の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

※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(24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

所在地 〒 -

担当医師名

(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ご了承ください。

注1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前までに、県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。