

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(B)

《申請者記載欄》

ふりがな		性別	生年月日(年齢)	
受給者氏名		男・女	年 月 日生	(満 歳)
受給者住所	〒 -			
	TEL ( )			
受給者証番号		受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	

奈良県知事 殿

上記受給者の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。

申請年月日	年 月 日
申請者氏名	(印) (申請者自署または記名押印)

《担当医師記載欄》

申請者(、ふりがな:)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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断します。

【確認事項】 ◆担当医師は、該当する場合、□にチェック☑を入れ、必要事項を記載してください。

- インターフェロンの副作用による休業  
(副作用の状況: )
- 他疾患の治療を優先するための休業  
(疾患名: )
- その他受給者本人に帰責性のない事由による休業  
(休業の理由: )

上記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。

- 専門医療機関  日本肝臓学会肝臓専門医  日本消化器病学会専門医

- ◎ 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。(インターフェロン治療の場合)
- ◎ この意見書は、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医療機関の医師が記載してください。(テラプレビルを含む3剤併用療法の場合)
- ◎ 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
- ◎ 記入漏れがある場合は、認定されないことがありますのでご注意ください。

審査結果	保健所受理印
承認・保留・不承認	
年 月 日	
審査医師名	