

結核医療費公費負担申請書

年 月 日

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

第37条の2の規定により医療費公費負担を申請します。

申請者の氏名

申請者の住所

申請者の個人番号

患者との関係

患者の氏名		性別	男	明大	年	月	日	住所	
個人番号		生年月日	女	昭平		(	歳)		
被保険者等の別	健保 (本人・家族)	国保 (一般・退職本人・退職家族)	生保 (保護受給中・保護申請中)	その他 ()					
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	有 ・ 無			昭和	平成	年	月	から	

診 断 書

病 名	1.	2.	3.	4.					
合併症の有無と治療内容	1. じん肺 2. 低肺機能 3. 糖尿病 4. 肝障害 5. 高血圧 6. HIV感染症 7. 悪性腫瘍 8. 透析療法 9. 精神科疾患 10. ステロイド療法 (薬剤名と量:) 11. 免疫抑制剤 12. その他 ()								

医療の種類	化学療法	1. 初回治療	1. 抗結核薬	1. 薬品名 INH RFP RBT PZA SM EB KM TH EVM PAS CS LVFX	医療開始予定年月日 年 月 日			
		2. 再治療	() 剤使用	2. 1のうち局所療法に用いるもの ()	入 院 年 月 日			
		3. 継続	2. 副腎皮質ホルモン剤 薬品名 ()	年 月 日				
	外科的療法	1. 肺結核	1. 肺虚脱療法 ()		2. 空洞直達療法 ()	3. 肺切除術 ()		
		2. 結核性膿胸			4. 泌尿器結核			
3. 骨関節結核				5. その他 ()				
骨関節結核の装具療法								
入院		日間 (術前 日間、術後 日間)		手術予定 (実施) 年月日		年 月 日		

現 症	胸部X線写真 略図 	年 月 日	※ 学会分類	その他の所見					
		撮影	r l b I II III IV V 1 2 3 H Pl Op 0	初回菌検査結果 () 最終菌陽性 年 月 日					

※2 結核菌検査	菌検体採取日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	※3 薬剤感受性検査	薬品 (mcg/ml)	年 月	年 月	
	検 体								INH (0.2)	感 不完 完	感 不完 完	
	塗 抹								RFP (40)	感 不完 完	感 不完 完	
	培 養								SM (10)	感 不完 完	感 不完 完	
	菌型・PCR等								EB (2.5)	感 不完 完	感 不完 完	
感染の有無	IGRA検査結果 年 月 日								※4 既往	結核に関する既往の医療について (継続・再治療の場合記入)		
	QFT: 陰性 ・ 判定保留 ・ 陽性									① 年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA LVFX その他 ()		
	T-SPOT: 陰性 ・ 判定保留 ・ 陽性									② 年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA LVFX その他 ()		
③ 年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA LVFX その他 ()												

実施した医療の概要及び今後の医療の基本方針	※ 公費負担		受給者番号									
			承認年月日	年 月 日								
			承認期間	年 月 日～ 年 月 日								
			年 月 日									
			医療機関の所在地									
		医療機関の名称	印									
		主治医名										

※感染症診査協議会の意見

<記入欄について>

- ※印の欄については、記入しないで下さい。
※2 結核菌検査記入欄は、過去6ヵ月間に行った検査の結果を記入して下さい。
※3 薬剤感受性検査の欄は、結核菌培養検査が陽性の場合、必ず結果を記入して下さい。
※4 既往欄は、継続、再治療の場合、結核に関する既往の医療について記入して下さい。

<注意事項>

- 注 1. 該当する文字又は数字を○で囲んで下さい。
注 2. 病理検査等診断の根拠となる検査結果がある場合は、その検査結果の写しを添付して下さい。
注 3. 生保患者の場合には、この申請書の写しを生活保護法による診療要否意見書又は結核入院要否意見書として福祉事務所が使用するため、申請書及びその写し各1通を保健所に提出して下さい。
注 4. 医療の種類に変更が生じた場合は、患者票を添付の上、新たに結核医療費公費負担申請書を提出して下さい。