

記入上の注意

- 1. 該当する文字については、その項目(頭に数字があるときは、その数字のみとする)を○で囲むこと。
- 2. ※印欄は、記入しないこと。
- 3. この申請書の公費負担の承認開始日は、保健所が申請を受理した日(郵送の場合消印日)となりますので、ご注意ください。

感染症患者(結核・通院*)医療費公費負担申請書(法第37条の2)										令和 年 月 日	
(※入院勧告によらない入院患者の結核医療費を含む)											
申請者の氏名											
申請者の住所											
患者との関係										TEL	
申請者の個人番号											
(ふりがな)患者の氏名		男 大・昭 年 月 日生 歳		女 平・令		住所				TEL	
個人番号											
被保険者の別										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) 後期高齢 その他()	
健保、共済、国保 後期高齢の 記号・番号		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)		※ 令和 年 月 から		入院勧告書の 番号(該当者の のみ)		添付X線 写真の枚数		枚	
診 断 書											
病名 1 2 3											
医療の種別	化学療法	1. 初回治療	(1) 抗結核薬 () 剤使用			(2) 副腎皮質ホルモン剤 (有・無)			医療開始予定年月日		
		2. 初回治療の継続	INH RFP PZA SM			薬品名			令和 年 月 日		
外科的療法	1. 肺 2. 肺外 部位 []	3. 再治療	EB RBT KM EVM			手術予定年月日			外科的療法に必要な収容期間		
		4. 再治療の継続	TH CS PAS			令和 年 月 日			術前 日間 術後 日間		
合併症歴	1. 結核 治療歴など具体的に()	2. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 経口薬服用 <input type="checkbox"/> インスリン使用	3. 肝疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> アルコール性肝障害 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他()	4. 腎疾患 ()	5. 悪性腫瘍 ()	6. 免疫系疾患 ()	8. その他()	BCG 接種歴	有・無・不明 (最終接種 歳時)		
								結核患者との接触	有・無・不明 (有の場合の詳細)		
現病歴	呼吸器症状の有無 (有・無)	呼吸器症状の出現時期(年 月 日)	医療機関に初診の時期(年 月 日)	結核と診断された時期(年 月 日)	今回のツ反	(×) (×)	令和 年 月 日実施	判定: -・+・++・+++ ✓			
現症	肺結核・肺外結核の(胸部等)エックス線略図及び臨床所見	令和 年 月 日撮影	菌陰性の場合の診断の根拠(QFT検査ADA値など)	ADA 値	(胸水・その他検体())						
薬液結核菌検査											
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)	診断時の核酸増幅同定検査 検査法(PCR法・法)	培養後の抗酸菌同定検査 検査法(核酸同定・法)	菌株日	令和 年 月 日	濃度 (μg/ml)	感受性			
月 日			結核菌 (M. tuberculosis)	結核菌 (M. tuberculosis)	薬剤名		0.2	感 耐			
月 日			陽性・陰性	陽性・陰性	INH		1	感 耐			
月 日			その他の抗酸菌 菌名 []	その他の抗酸菌 菌名 []	RFP		40	感 耐			
月 日			陽性・陰性	陽性・陰性	PZA		—	感 耐			
月 日			検査中	検査中	SM		10	感 耐			
月 日			検査未実施	検査未実施	EB		2.5	感 耐			
月 日					KM		20	感 耐			
月 日					EVM		20	感 耐			
月 日					TH		20	感 耐			
月 日					CS		30	感 耐			
月 日					PAS		0.5	感 耐			
月 日					LVFX		1	感 耐			
注) 初回申請時は、治療開始時の3連続検痰の結果を記入すること。											
今後の医療方針	(治療開始時4剤併用例では6か月、3剤併用例では9か月を超えて継続する場合は、その理由及びその他の意見を記入すること。)										
	1. 今回で治療を終了する 2. 継続が必要である 3. 感染症の診査に関する協議会の意見()について)を開きたい 4. その他										
令和 年 月 日										※感染症診査協議会の意見	※病 型
医療機関の所在地											
医療機関の名称										TEL	
医師の氏名											
受理年月日	令和 年 月 日	郵送・持参	37条の2	判定	承認・不承認						
受理番号	No.			受給者番号							
登録票番号	No.			通知書番号	No.						

※

受理年月日	令和 年 月 日	郵送・持参	37条の2	判定	承認・不承認						
受理番号	No.			受給者番号							
登録票番号	No.			通知書番号	No.						