

結核医療費公費負担申請書

横須賀市 保健所長 殿

申請者の氏名

TEL ()

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

申請者の住所

入院

{ 第37条 } の規定により医療費公費負担を申請します。
{ 第37条の2 }

申請者の個人番号

外来


患者との関係

ふりがな 患者の氏名	性別 男・女 生年月日 明大昭平 年 月 日	住所	TEL ()
個人番号	:	:	:

被保険者等の別	1. 被用者本人 2. 被用者家族 3. 国保(一般) 4. 国保(退職本人) 5. 国保(退職家族) 6. 後期高齢者医療 7. 生活保護法(受給者) 8. 生活保護(申請中) 9. その他() 10. 不明
添付X線写真の枚数	枚 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 ※※ 年 月 から

診 断 書

病名 1.	2.	3.
-------	----	----

医療の種別	化学療法	1 初回治療 2 再治療 3 継続	1 抗結核薬 ()剤使用	1. 薬品名 INH RFP PZA EB SM LVFX KM TH EVM PAS CS DLM RBT 2. 1のうち局所療法によるもの	医療開始予定年月日 年 月 日
	外科的療法	1. 肺結核 2. 結核性膿胸 骨関節結核の装具療法	1. 肺虚脱療法() 2. 空洞直達療法() 3. 骨関節結核 4. 泌尿器結核	2 副腎皮質ホルモン剤 薬品名 ()	入院退院 年 月 日
現症	胸部X線写真略図  年月日撮影	学会分類 r l b I II III IV V O 1 2 3 H P I O p	その他の所見(肺外結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見) 継続申請の場合は、その理由		

結核菌検査	検体採取年/月/日	/ /	/ /	/ /	/ /	感受性検査	薬品[mcg/ml]	年 月	年 月
	検体	喀痰・胃液 他()	喀痰・胃液 他()	喀痰・胃液 他()	喀痰・胃液 他()		INH [0.2]	感受性・耐性	感受性・耐性
	塗抹						RFP [40]	感受性・耐性	感受性・耐性
	PCR	陽性・陰性・未実施	陽性・陰性・未実施	陽性・陰性・未実施	陽性・陰性・未実施		SM [10]	感受性・耐性	感受性・耐性
	培養	+- 検査中	+- 検査中	+- 検査中	+- 検査中		EB [2.5]	感受性・耐性	感受性・耐性
※	初めて結核と診断された時期	年 月 頃	※	ツ反応陽転時期			菌陰性化の時期	年 月 頃	

※	結核に関する既往の医療	年 月 年 月 年 月	年 月 年 月 年 月	INH REP SM EB PAS INH REP SM EB PAS INH REP SM EB PAS	その他 () その他 () その他 ()
---	-------------	-------------	-------------	---	-------------------------------

備考	1 診断までの経過	※初発症状 (咳・その他) 出現時期 (年 月 日)
	2 合併症	糖尿病・肝障害・その他 ()
	3 最終ツベルクリン反応検査結果	陰性・陽性・強陽性 (月 日) ———— x ———— () x
	4 BCG接種歴	有・無 (年 月頃)
	5 IGRA検査	陰性・判定保留・陽性・判定不可 ESAT-6 ()スポット CFP-10 ()スポット (年 月 日実施 / T-スポット・QFT) 測定値A ()IU/mL 測定値M ()IU/mL

この欄は、法第37条の申請の場合のみ記入すること。	※※ 感染症診査協議会の意見
入院以来実施した医療の概要及び今後の医療の基本方針	

年 月 日	
医療機関の所在地	医療機関の名称
医師の氏名	Ⓜ

1. 該当する文字については、その文字(頭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、初回申請の場合にのみ記入すること。
 3. ※※印欄は、記入しないこと。
 4. [結核菌検査]欄は、過去6ヶ月間に行った検査結果を記入すること。
 5. 生活保護患者については入院を要する場合は、その理由を記入すること。