

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。

<b>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)</b>		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)																						
兵庫県知事・ <u>                                </u> 市長 様		申請者の氏名																				
(神戸市・姫路市・尼崎市・西宮市・明石市は各市長に申請のこと)		申請者の住所																				
申請者の個人番号	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					患者との関係 TEL

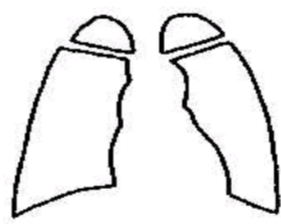
(ふりがな)	患者の氏名	男	明・大	年	月	日生	歳	住所	TEL
		女	昭・平						
個人番号									
被保険者の別		健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 生保(保護受給中・保護申請中) 介護保険 その他( )							
健保、共済、国保		高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格 (有・無)		※ 年 月から		入院勧告書の番号(該当者のみ)		添付X線写真の枚数 枚	

**診 断 書**

病名	1	2	3					
医療の種類	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		年 月 日			
		3. 再治療	EB RBT KM EVM	薬品名	入院開始年月日			
		4. 再治療の継続	TH CS PAS	( )	年 月 日			
		上記のうち局所療法に用いるもの ( )	手術予定年月日		外科的療法に必要な収容期間			
外科的	1.肺 2.肺外	術式及び治療内容(骨・関節結核の装具療法を含む)		年 月 日	術前 日間 術後 日間			

既往併往症歴	1. 結核 治療歴など具体的に( )	BCG接種歴	有・無・不明 (最終接種 歳時)
	2. 糖尿病 □ 経口薬服用 □ インスリン使用		結核患者との接触
	3. 肝疾患 □ B型肝炎 □ C型肝炎 □ アルコール性肝障害 □ 肝硬変 □ その他( )		有・無・不明 (有の場合の詳細)
	4. 腎疾患( ) 5. 悪性腫瘍( ) 6. 免疫系疾患( )		
	7. ステロイド使用( ) 8. その他( )		
(該当する数字に○。□は該当すればチェック。)			

現病歴	呼吸器症状の有無 (有・無)	今回のツ反	年 月 日実施
	呼吸器症状の出現時期( 年 月 日)		( × ) ( × )mm (硬結・二重発赤・水疱・壊死)
	医療機関に初診の時期( 年 月 日)		判定: - ・ + ・ ++ ・ +++ ・
	結核と診断された時期( 年 月 日)		

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	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( ))

喀痰結核菌検査		診断時の核酸増幅同定検査	培養後の抗酸菌同定検査	薬剤感受性検査成績					
実施日	塗抹 (直接・集菌)	検査法(PCR法・法)	検査法(核酸同定・法)	菌株日	年 月 日				
月 日		年 月 日実施	年 月 日実施	薬剤名	濃度 (μg/ml)	感受性			
月 日		検査結果	検査結果	結核菌 (M. tuberculosis)	結核菌 (M. tuberculosis)	INH	0.2	感	耐
月 日				陽性・陰性	陽性・陰性	RFP	1	感	耐
月 日				その他の抗酸菌	その他の抗酸菌	PZA	40	感	耐
月 日				菌名 ( )	菌名 ( )	PZA	—	感	耐
月 日		陽性・陰性	陽性・陰性	SM	10	感	耐		
月 日		検査中	検査中	EB	2.5	感	耐		
月 日		検査未実施	検査未実施	KM	20	感	耐		
				EVM	20	感	耐		
				TH	20	感	耐		
				CS	30	感	耐		
				PAS	0.5	感	耐		
				LVFX	1	感	耐		

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

年 月 日	医療機関の所在地	TEL	※感染症診査協議会の意見	※病型
	医療機関の名称			
	医師の氏名			

受理年月日	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.