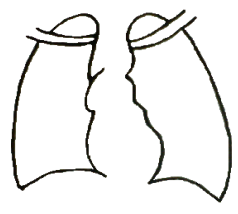


結核医療費公費負担申請書

|                                                                 |                                                                                |                |                           |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------|
| 様                                                               |                                                                                | 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<br>[第37条・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 _____   | 電話( ) _____               |
| フリガナ<br>患者氏名                                                    |                                                                                | 性別 男・女         | 生年月日 M・T・S・H<br>年 月 日( 歳) |
| 住所                                                              | 〒                                                                              | 個人番号           |                           |
| 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(受給中・申請中) 労災 その他( )<br>後期高齢者医療制度の受給 無・有( 年 月から)   |                |                           |
| 添付写真の枚数                                                         | X線 枚、CT 枚、その他( ) 注)写真は治療開始前、前回申請時、今回の3種類を添付してください。肺外結核の場合はその根拠となる画像を必ず添付して下さい。 |                |                           |

診 断 書 ( 入院・入院外 )

|                         |                                                                                        |                          |                                                             |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 診断名                     | 肺結核 結核性胸膜炎 粟粒結核 脊椎結核 他の骨・関節結核( ) その他( )                                                |                          |                                                             |
| 合併症名                    | なし 塵肺 HIV 糖尿病 肝障害 高血圧 アルコール依存症 腎透析 脳血管障害<br>悪性腫瘍( ) 消化器術後( ) その他( )                    |                          |                                                             |
| 治療内容等                   | 1. 初回治療                                                                                | 抗結核薬( ) 剤使用              | 1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨・関節結核( )<br>4. 泌尿器結核 5. その他( )          |
|                         | 2. 初回治療の継続                                                                             | INH RFP RBT PZA SM EB KM |                                                             |
|                         | 3. 再治療                                                                                 | TH EVM PAS CS DLM        | 外科的療法<br>手術(予定)日: H 年 月 日<br>手術の為に入院(収容): 日間<br>(術前 日、術後 日) |
|                         | 4. 再治療の継続                                                                              | その他( )                   |                                                             |
|                         | 5. 潜在性結核の治療                                                                            | 副腎皮質ホルモン剤( )             |                                                             |
| 骨関節結核の装具療法:             |                                                                                        |                          |                                                             |
| 医療開始予定日                 | 年 月 日                                                                                  |                          | 入院(予定)日 年 月 日                                               |
| 菌検体の種類(該当する番号を記入してください) | 1. 喀痰 2. 咽頭粘液等 3. 胃液 4. 気管支・肺胞洗浄液<br>5. 穿刺液(部位 ) 6. 膿・浸出液 7. 尿<br>8. 組織(部位 ) 9. その他( ) |                          | 薬剤感受性試験                                                     |
| 結核菌検査                   | 採取日 月 日                                                                                | 月 日                      | 検体採取日 年 月 日 年 月 日                                           |
|                         | 検体種類                                                                                   |                          | INH [0.2] 感・耐 感・耐                                           |
|                         | 塗抹                                                                                     | 号 号 号 号 号 号              | RFP [40] 感・耐 感・耐                                            |
|                         | 培養                                                                                     | 個 個 個 個 個 個              | SM [10] 感・耐 感・耐                                             |
|                         |                                                                                        |                          | EB [2.5] 感・耐 感・耐                                            |
|                         |                                                                                        |                          | ( ) [ ] 感・耐 感・耐                                             |
|                         |                                                                                        |                          | ( ) [ ] 感・耐 感・耐                                             |
| 備考(PCR検査等)              |                                                                                        |                          |                                                             |
| 初めて結核と診断された時期           | 年 月 頃                                                                                  | ツ反応陽転時期                  | 年 月 頃                                                       |
|                         |                                                                                        | 菌陰性化の時期                  | 年 月 頃                                                       |
|                         |                                                                                        | BCG接種歴                   | 無・有・不明 年 月 頃                                                |

|        |                                                                                     |                                                 |                                                                                                             |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 胸部X線写真 |  | 学会分類                                            | <b>病歴・経過</b><br>[結核性胸膜炎の場合は胸水等の性状(浸出性の有無・リンパ球比・ADA・塗抹・培養・生検病理・菌所見及び装具療法の有無等)を書いて下さい。菌陰性の場合は診断の根拠を必ず書いて下さい。] |
|        |                                                                                     | r l b<br>I II III<br>IV V O<br>1 2 3<br>H Pl Op |                                                                                                             |

|            |           |                          |                         |
|------------|-----------|--------------------------|-------------------------|
| 結核に対する既往医療 | 年 月 ~ 年 月 | INH RFP SM EB PZA その他( ) | 今回のツ反 H. 年 月 日実施        |
|            | 年 月 ~ 年 月 | INH RFP SM EB PZA その他( ) | x ( x ) (硬結・二重発赤・水疱・壊死) |
|            | 年 月 ~ 年 月 | INH RFP SM EB PZA その他( ) | x                       |

|           |                                                                                      |            |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 化学療法終了の時期 | 1. この申請を最後として化学療法を終了する。<br>2. 治療をなお継続する必要がある。<br>3. (終了可・要継続)と考えるが、感染症診査協議会の意見を聞きたい。 | 終了予定時期 年 月 |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|

|    |                              |                                                                                                                                              |
|----|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 備考 | 副作用による治療期間の延長などの理由を記載してください。 | 治療方針                                                                                                                                         |
|    |                              | 1. 化学療法(A法・B法)のみでよい。<br>2. 一応化学療法を施行した上でその後の治療方針を決める。<br>3. 外科療法を施行する(化学療法では効果が期待できない)。<br>4. 化学療法、外科療法とも期待できないが、悪化防止のため化学療法を施行する。<br>5. その他 |

|                                                                       |                                                                              |                                                |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 年 月 日<br><br>医療機関の名称 _____<br><br>医療機関の所在地 _____<br><br>医師の氏名 _____ 印 | 感染症診査協議会の答申及び意見<br><br><input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 | 決定区分<br>医療内容 公費負担<br>合格 承認<br>不合格 承認<br>保留 不承認 |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

|         |           |
|---------|-----------|
| 受理年月日   | 年 月 日     |
| 受付番号    | No. _____ |
| 入院勧告書番号 | No. _____ |