

結 核 医 療 費 公 費 負 担 申 請 書													
年 月 日													
様													
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 患者氏名					性 別	男 ・ 女		生 年 月 日	M・T・S・H				
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()
	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 悪性腫瘍() 消化器術後() その他()															
治 療 内 容 等	1. 初回治療	化 学 療 法	抗結核薬 () 剤使用						外 科 的 療 法	1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨・関節結核()						
	2. 初回治療の継続		INH RFP RBT PZA SM EB KM							4. 泌尿器結核 5. その他()						
3. 再治療	TH EVM PAS CS DLM						方法等									
4. 再治療の継続	その他()						手術(予定)日: H 年 月 日									
5. 潜在性結核の治療	副腎皮質ホルモン剤()						手術の為に入院(収容): 日間 (術前 日、術後 日)									
			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. 咽頭拭液等 3. 胃液 4. 気管支・肺胞洗浄液 5. 穿刺液(部位) 6. 膿・浸出液 7. 尿 8. 組織(部位) 9. その他()						薬 剤 感 受 性 試 験	検体採取日	年 月 日	年 月 日				
結 核 菌 検 査	採取日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	INH [0.2]		感 ・ 耐	感 ・ 耐					
	検体種類							RFP [40]		感 ・ 耐	感 ・ 耐					
	塗抹	号	号	号	号	号	号	SM [10]		感 ・ 耐	感 ・ 耐					
	培養	個	個	個	個	個	個	個		EB [2.5]	感 ・ 耐	感 ・ 耐				
備考(PCR検査等)										() []	感 ・ 耐	感 ・ 耐				
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		病歴・経過											
			r l b 0 1 2 3 H Pl Op		[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。]											
結核に対する既往治療	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。 終了予定時期 年 月 2. 治療をなお継続する必要がある。 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。															
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。 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。 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)。 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。 5. その他						
	年 月 日															
医療機関の名称								感染症診査協議会の答申及び意見				決定区分				
												医療内容	公費負担			
												合 格	承 認			
医療機関の所在地								適 否				不合格	不承認			
												保 留				
医 師 の 氏 名								印								
受 理 年 月 日	年 月 日															
受 付 番 号	No.															
入院勧告書番号	No.															