

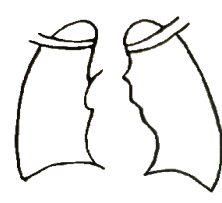
第36号様式(第20条第1項、第2項関係) 結核医療費公費負担申請書兼診断書

注)法第37条に基づく公費負担申請は、初回のみ全てを記入し提出してください。入院勧告を延長した場合は、特に申出のない限り法第37条に基づく公費負担も継続とします。

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 { 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 患者氏名	性別	男・女	生年 月 日	M・T・S・H 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( )									
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	抗結核薬( ) 剤使用				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 PAS CS DLM LVFX				外科的療法							
4.再治療の継続	その他( )				方法等							
5.潜在性結核の治療	副腎皮質ホルモン剤( )				手術(予定)日: H 年 月 日							
骨関節結核の装具療法:					入院(収容): 日間 (術前 日、術後 日)							
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 5.穿刺液(部位 ) 6.膿・浸出液 7.尿 8.組織(部位 ) 9.その他( )								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	月 日	薬剤感受性試験	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	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)												
初めて結核と診断された時期	年 月 頃	ツ反 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					

胸部X線写真			学会分類	<b>病歴・経過</b> [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									
			0 1 2 3 H P I O p									
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						x ( x ) (硬結・二重発赤・水疱・壊死)			
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 2.治療をなお継続する必要がある。 年 月 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					

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						x ( x ) (硬結・二重発赤・水疱・壊死)			
--------------------	-----------	--------------------------	------------------	--	--	--	--	--	-------------------------	--	--	--

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 2.治療をなお継続する必要がある。 年 月 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				感染症診査協議会の答申及び意見				決定区分			
医療機関の名称 _____				適 否				医療内容			
医療機関の所在地 _____								合格		公費負担	
医師の氏名 _____								不合格		承認	
保留				不承認							

フリガナ 患者氏名	性別	男・女		受理年月日	年 月 日	
生年 月 日	M・T・S・H 年 月 日( 歳)	添付写真の 枚数	X線 枚、CT 枚、その他( )	受付番号	No.	
				入院勧告書番号	No.	