

# 結核医療費公費負担申請書

平成 年 月 日

(あて先) 静岡市保健所長

申請者の氏名

申請者の住所 静岡市 葵区  
駿河区  
清水区

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条の2の規定により医療費公費負担を申請します。


入院 外来

患者との関係

TEL

患者の氏名		性別 生年月日	男 女	明・大 昭・平	年 月 日	住所	静岡市 葵区 駿河区 清水区
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 (保護受給中・保護申請中) 後期高齢者 その他 ( )						
添付X線写真の枚数	枚	添付CTの枚数	枚				

## 診 断 書

病名	1. 肺結核		2.		3.					
医療の種別	化学療法	1 初回治療	1 抗結核薬	1 薬品名 (該当薬品名を○で囲む)		医療開始予定年月日				
		2 再治療	( ) 剤使用	INH RFP SM EB	2 1のうち局所療法 ( ) に用いるもの	平成 年 月 日				
		3 継続	2 副腎皮質ホルモン剤	PZA PAS CS KM TH EVM RBT	薬品名 ( )	入院年月日				
外科的療法の種類	1 肺結核	1 肺虚脱療法 ( )		2 空洞直達療法 ( )		3 肺切除術 ( )				
	2 結核性膿胸					4 泌尿器結核				
	3 骨関節結核					5 その他 ( )				
現症	 平成 年 月 日撮影	学会分類	活動性分類	血沈 (一時間値)	月 ムリ	月 ムリ	月 ムリ	月 ムリ	月 ムリ	月 ムリ
		r 0 b I. II. III. IV. V. 無 1. 2. 3. H. P 0. O P	1. 2. 3.	指 導 区 分 A. B. C	結核菌検査	塗抹	月	月	月	月
				培養	月	月	月	月	月	月
				PCR等	月 + . -		検体種類	喀痰・他 ( )		

結核に関する既往の医療 (再治療の場合のみ)	1 有	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他 ( )	3 無
	2 有	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他 ( )	( )
	不詳	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他 ( )	4 不明

XP・CT等所見	耐性検査	薬品 [mcg/ml]				年 月		
		INH [ ]	RFP [ ]	S M [ ]	E B [ ]	P Z A [ ]	感受性	耐性
症状及び今後の医療方針	検査	感染症診査協議会意見				感受性		耐性
		治療終了時期 年 月 日 予定 治療期間 か月 予定 入院期間 か月 予定				感受性		耐性

備考	1. ツ反 (最新のもの)	年 月	x x	( x ) (水疱、壊死、出血)
	BCG接種歴	有・無 (最終 年 月頃)・不明		
2. その他				

平成 年 月 日

医療機関の所在地 \_\_\_\_\_  
 医療機関の名称 \_\_\_\_\_  
 医師の氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

記入上の注意

2x50x50mm

- 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 「血沈」及び「結核菌検査」欄は、過去6ヵ月間に行った検査結果を記入すること。
- 3 「備考」欄は、①入院勧告に関する意見、②15才以下の患者については既往のツベルクリン検査の成績及びBCG接種歴の有無、③その他参考となるべき事項を記入すること。
- 4 胸部XPは最新のもの (3ヵ月以内撮影) とそれ以前のを添付すること。またCT等がある場合も添付すること。