

結核医療費公費負担申請書

年 月 日

様

申請者の氏名 _____

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

申請者の住所 _____

{ 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。

患者との関係 _____

電話(_____) - _____

フリガナ 患者氏名		性別	生年 月日	M・T・S・H 年 月 日(歳)	住所 〒 _____
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(_____)

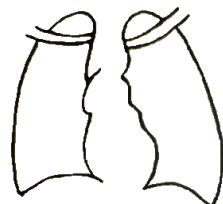
合併症 なし 塵肺 HIV 糖尿病 肝障害 高血圧 アルコール依存症 腎透析 脳血管障害
悪性腫瘍(_____) 消化器術後(_____) その他(_____)

治療内容等	1. 初回治療	抗結核薬(_____) 剤使用	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		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(_____)		手術の為の入院(収容): 日間
		骨関節結核の装具療法:	(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						薬 劑 感 受 性 試 験	検体採取日	年 月 日	年 月 日
	5. 穿刺液(部位 _____) 6. 膿・浸出液 7. 尿							INH [0.2]	感・耐	感・耐
結核菌検査	採取日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	RFP [40]	感・耐	感・耐	
	検体種類						SM [10]	感・耐	感・耐	
	塗抹	号	号	号	号	号	EB [2.5]	感・耐	感・耐	
	培養	個	個	個	個	個	() []	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 [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。]
	年 月 日	r I b I II III IV V O 1 2 3 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 _____ (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	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
医師の氏名 _____ 印 _____		不合格
		承認
		不承認
		保留

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