

結核医療費公費負担申請書

年 月 日

福山市長様

申請者の名前

申請者の住所

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条第1項 第37条の2第1項 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

なお、費用負担区分の認定のため、税関係の調査を私の世帯に対して実施することに同意します。

| | | | | | | |
|---------------------------|-----------|--------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|
| 患者の名前 | | 性別・生年月日 | 男 明・大・昭・平 女 | 年 月 日 | 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（保護受給中・保護申請中） | その他（ ） | | |
| 高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格 | 有 ・ 無 | | | ※ | 年 月 | から |
| 添付のX線写真の枚数 | 枚 | (入院勧告・措置患者の場合) 入院勧告書(措置通知書)の番号 | | | 指令 | 第 号 |

| 診 断 書 | | |
|-------|-------|--|
| 病名 | 1 2 3 | |
| 合併症 | 1 2 3 | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|------|---------|-------------|---|---------------|------------|-----|
| 医 療 の 種 類 | 化学療法 | 1 初回治療 | 1 抗結核薬 | 薬剤選択 (①～③のいずれかに○) ① RFP (またはRBT) INH PZA+EB または SM (どちらかに○) ② RFP (またはRBT) INH+EB または SM (どちらかに○) ③ 上記以外; INH RFP (またはRBT) PZA SM (使用薬剤に○) EB KM TH EVM PAS CS | 医療開始予定年月日 | | |
| | | 2 再治療 | () 剤使用 | | 年 月 日 | | |
| | | 3 継続 | 2 副腎皮質ホルモン剤 | | 年 月 日 | | |
| | | 外科的療法 | 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 () | | | | |
| 骨関節結核の装具療法 | | | | | | | |
| 収 容 | | 日間 (術前) | 日間, 術後 | 日間 | 手術予定 (実施) 年月日 | 日 | 年 月 |

| | | | | | | | |
|--------|----------|---------|---------------|------------------------------------|--|--|--|
| 現 症 | 胸部X線写真略図 | 年 月 日撮影 | ※ 学会分類 | その他の所見 (肺外結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見) | | | |
| | | r l b | I II III IV V | | | | |
| | | 1 2 3 | H Pl Op | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------|-----------|----------|----------|------|-------|---------|------|-----------|
| QFT 検査 | | 陽性 | 疑陽性 | 陰性 | | | | | |
| 検体種類 (検査月日の下に検体番号を記入してください) | 1 喀痰 | 2 咽頭粘膜液 | 3 胃液 | 4 気管支洗浄液 | 5 尿 | 6 穿刺液 | 7 膿・浸出液 | 8 組織 | 9 その他 () |
| 結核菌検査 | 検査月日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
| | 検体種類 | | | | | | | | |
| | 塗抹 | 号 | 号 | 号 | 号 | 号 | 号 | 号 | 号 |
| | 培養 | 個 | 個 | 個 | 個 | 個 | 個 | 個 | 個 |
| 結核菌同定検査 | 月 日 (+ -) | | 検査方法 () | | | | | | |
| ※ 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 | | | | |

| | | | | |
|---------------|---|-----|-----------------------|---------|
| ※ 結核に関する既往の医療 | 年 月～ | 年 月 | INH RFP SM EB PZA PAS | その他 () |
| | 年 月～ | 年 月 | INH RFP SM EB PZA PAS | その他 () |
| | 年 月～ | 年 月 | INH RFP SM EB PZA PAS | その他 () |
| 備考 | 1 ツ反 (最新のもの) 陰性 陽性 強陽性 BCG接種歴 無 有 (年 月頃) | | | |
| | | | | 2 その他 |

| | |
|---|---------------|
| この欄は、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条第1項の申請の場合のみ記入すること。 | ※ 感染症診査協議会の意見 |
| 入院以来実施した医療の概要及び今後の医療の基本方針 | |

| | |
|---------------|---|
| 年 月 日 | |
| 医療機関の所在地 | |
| 医療機関の名称 | |
| 医師の名前 | 印 |
| (署名又は記名押印のこと) | |

記入上の注意

- 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。
- ※印欄は、初回申請の場合にのみ記入すること。
- ※※印欄は記入しないこと。
- 「結核菌検査」欄は、過去6か月間に行った検査結果を記入すること。
- 「備考」欄は、①既往のツベルクリン検査成績及びBCG接種歴の有無、②再治療の場合の意見、③その他参考となるべき事項を記入すること。なお、生保患者について入院を要する場合はその理由を記入すること。
- 生保患者の場合には、この診断書の写しを生活保護法による診療要否意見書又は結核入院要否意見書として福祉事務所が使用するので、診断書及びその写し各1通を保健所に提出すること。
- 法第37条の2第1項の継続申請をする場合は、申請書にX線写真その他関係書類を添えて患者票の有効期限2週間前までに必ず管轄の保健所に申請すること。

注 用紙の大きさは、日本工業規格B列4とする。