

結核患者医療費公費負担申請書

申請年月日 年 月 日

(あて先)宮城県 保健所長

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37条の2)の規定により医療費の公費負担を申請します。

申請者の氏名
(患者又はその保護者)

印 (*自署の場合は押印不要)


申請者の住所

電話番号 - -

患者との続柄 本 人 保護者() その他()

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
患者氏名					
住所	電話番号 - -				
保険等種別	1. 健保本人 2. 健保家族 3. 国保一般 4. 国保退職本人 5. 国保退職家族 7. 生保(受給中) 8. 生保(申請中) 9. その他()				6. 後期高齢者医療の受給資格 有・無 取得予定 年 月から
備考					

診 断 書

病名	1. 2. 3.		
療養区分	1. 入院 (入院年月日: 年 月 日) 2. 通院		
今回の治療	1. 初回治療 2. 再治療 3. 継続	医療開始予定: 年 月 日 医療終了予定: 年 月 日	
治療歴 (治療期間・治療内容) <small>*再治療の場合の初回申請時に把握の範囲でご記入ください。</small>	年月～ 年月 INH RFP PZA SM EB KM TH EVM PAS CS その他()・不明 年月～ 年月 INH RFP PZA SM EB KM TH EVM PAS CS その他()・不明 年月～ 年月 INH RFP PZA SM EB KM TH EVM PAS CS その他()・不明		
医療の種類	化学治療	1. 抗結核薬 ()剤使用	
	外科的療法	1. 肺結核 a 肺虚脱療法() b 空洞直達療法 c 肺切除術 d その他()	
	2. 結核性膿胸		3. 骨関節結核 骨関節結核の装具療法()
	4. 泌尿器結核		5. その他()
2. 副腎皮質ホルモン剤		薬品名 ()	
入院		日間(術前 日間・術後 日間)	
手術予定(実施)年月日		年 月 日	
結核の治療に併せて治療を要する合併症の有無	有・無	1. けい肺 2. 糖尿病 3. 低肺機能 4. 肝障害 5. 高血圧症 6. 胃切除 7. 透析療法 8. ステロイド療法(薬剤名と量:) 9. その他()	
現 症	1. 胸部X線写真略図  年 月 日撮影		2. 学会分類 r・l・b 0・I・II・III・IV・V 1・2・3 H・P1・Op
	添付X線写真等の枚数	胸部 直接 枚 断層 枚 CT 枚 その他 直接 枚 断層 枚 CT 枚	3. 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所見) 4. 一般症状 a 喀痰(多・少・無) b 咳嗽(多・少・無) c 発熱(有・無) d 栄養状態(良・普通・不良) e その他() 5. 指導区分 生活規制 A 要休業 B 要軽業 C 要注意 D 正常生活

血沈	検査年月日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	1時間値	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm
結核菌検査	検査年月日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	検体の種類 <small>※下記「検体の種類」により、アルファベットでご記入ください</small>								
	塗抹検査	号	号	号	号	号	号	号	号
	培養検査	個	個	個	個	個	個	個	個
	核酸増幅法 <small>(PCR・その他)</small>	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-
同定検査 <small>(方法)</small>	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	+・-	
※検体の種類 A 喀痰 B 胃液 C 咽頭・喉頭ぬぐい液 D 気管支肺胞洗浄液 E 胸水 F 膿汁・分泌液 G 尿 H 便 I 脳脊髄液 J 組織材料									

ツベルクリン反応検査 (最新のもの) <small>*初回申請時のみご記入ください</small>	実施年月日	年 月 日	薬剤の種類	濃度 ($\mu\text{g/ml}$)	検体採取年月日			
	$\frac{(\quad \times \quad)}{(\quad \times \quad)}$ (\times) mm			I N H	0.2	/ /	/ /	/ /
BCG接種歴 <small>*初回申請時のみご記入ください</small>	1. 有 (最終: 昭和・平成 年 月頃)		薬剤感受性検査	1.0	耐性・感受性	耐性・感受性	耐性・感受性	
	2. 無			R F P	40	耐性・感受性	耐性・感受性	耐性・感受性
	3. 不明			P Z A	(-)	耐性・感受性	耐性・感受性	耐性・感受性
				S M	10	耐性・感受性	耐性・感受性	耐性・感受性
				E B	2.5	耐性・感受性	耐性・感受性	耐性・感受性
				K M	20	耐性・感受性	耐性・感受性	耐性・感受性
				T H	20	耐性・感受性	耐性・感受性	耐性・感受性
リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロング試験 (Q F T等) <small>*初回申請時に実施している場合のみご記入ください</small>	採血年月日	年 月 日		E V M	20	耐性・感受性	耐性・感受性	耐性・感受性
	ESAT-6			P A S	0.5	耐性・感受性	耐性・感受性	耐性・感受性
	CFP-10			C S	30	耐性・感受性	耐性・感受性	耐性・感受性
		陽性・判定保留・陰性・判定不可		その他 ()		耐性・感受性	耐性・感受性	耐性・感受性

主治医の意見 (入院に関する意見, 37条の2申請で生保受給者の場合はその理由, その他感染症診査協議会に参考になる事項等について記載願います。)

年 月 日
医療機関の所在地
医療機関の名称
医師氏名 印

●法第37条の2の規定に基づく医療費公費負担の開始日は、保健所がこの申請書を受理した日(郵送日数を勘案)となりますのでご注意ください。
なお、法第37条の規定に基づく医療費公費負担の開始日は、申請書を受理日にかかわらず保健所の入院勧告等に基づき感染症(結核)指定医療機関に入院した日です。

●ツベルクリン反応検査の記載方法 $\frac{(a1 \times a2)}{(b1 \times b2)}$ ($c1 \times c2$) mm
a1-a2: 硬結の長径と短径
b1-b2: 発赤(二重発赤のある場合は内発赤)の長径と短径
c1-c2: 外発赤の長径と短径

※ 感染症診査協議会記入 感染症診査協議会(結核診査部会)の意見 (年 月 日実施)	
学会分類	
r・l・b	
0・I・II・III・IV・V	
1・2・3	
H・P1・Op	

収受印