

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) □代行申請

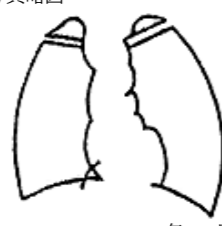
申請者の住所 電話番号 - -

患者との続柄 □本人 □保護者() □その他()

フリガナ, 患者氏名, 性別, 生年月日, 住所, 被保険者等, 備考

診 断 書

病名, 療養区分, 今回の治療, 治療歴, 結核医療の種類, 結核の治療に併せて治療を要する合併症の有無と治療内容, (1)エックス線検査及び現症



(2) 結核菌検査, (3) ツベルクリン反応検査, (4) BCG接種歴, (5) リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロニ試験, 薬剤感受性検査, 主治医の意見, 医療機関の所在地, 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領した日(郵送日数を勘案)となりますのでご注意ください。
●治療開始時の検査は、「結核菌検査(結核菌培養検査を含む。)」を実施し、対象とする病変が結核菌によるものであることを確認するとともに、「単純エックス線検査」及び「必要に応じてCT検査」を行ってください。
●潜在性結核感染症の診断では、「ツ反検査又はリンパ球の菌特異抗原刺激による放出インターフェロニ試験」を実施するとともに、「臨床症状の確認やエックス線検査等により、活動性結核でないこと」をご確認ください。
●ツベルクリン反応検査の記載方法

※ 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, 取受印