

結核医療費公費負担申請書

千葉県知事 様

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。

申請者住所 _____
 申請者氏名 _____ ⑩ ※1
 患者との関係 続柄 (本人 ・ その他 (_____))
 患者住所 _____
 患者氏名 _____ 男 ・ 女
 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 歳

※1：患者本人が自ら自署により申請した場合は押印不要

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) 後期高齢者 生保 (保護受給中・保護申請中) その他 (_____)	添付写真の枚数 _____ 枚
---------	--	-----------------

診 断 書

病 名	1. _____	2. _____	3. _____	合併症	_____
当該申請における治療開始日：令和 年 月 日			入院日：令和 年 月 日		

治療内容	1. 初回治療	化学療	抗結核剤 (_____) 剤使用	INH・RFP・RBT・SM・EB・KM・TH EVM・PZA・PAS・CS うち局所療法に使用する薬剤 (_____)
	2. 継続	法	副腎皮質ホルモン剤	薬剤名 (_____)
		外科的療法	1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核 4. 泌尿器結核 5. その他 (_____) 手術 (予定 ・ 実施) _____ 年 月 日 (内容 : _____)	

胸部X線写真		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)
	年 月 日撮影	r l b I II III IV V O 1 2 3 H p l O P	

菌検査	診断時：連続喀痰菌検査	実施日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
	塗抹G 号 (月 日)	診 断 後	検 体	喀痰・(_____)	喀痰・(_____)	喀痰・(_____)	喀痰・(_____)	喀痰・(_____)	喀痰・(_____)
	G 号 (月 日)		塗 抹	号	号	号	号	号	号
	G 号 (月 日)		培 養	個/週	個/週	個/週	個/週	個/週	個/週
	PCR (- +) (月 日)		PCR	- +	- +	- +	- +	- +	- +
他の検体 (_____)									

※2 ツベルクリン反応検査 (最新のもの)	実施日 年 月 日 発赤 × mm, 硬結 × mm 副反応 (二重発赤, リンパ管炎, 水疱, 出血, 壊死)	耐性検査 (薬剤 [μ g / m l]) 実施日 年 月 日			
		INH [0.2] 感・耐	RFP [40] 感・耐	SM [10] 感・耐	EB [2.5] 感・耐

※3 QFT検査	実施日 年 月 日 陰性・判定保留・陽性 陰性コントロール (IU/mL) 刺激抗原 (Ag) (IU/mL) 陽性コントロール (IU/mL)	PZA [] 感・耐	RBT [] 感・耐	[] 感・耐	[] 感・耐
		※5 結核の治療歴			
		治療歴 (無 ・ 有) S・H・R 年 月 ~ 年 月 (_____) S・H・R 年 月 ~ 年 月 (_____)			

※4 BCG歴	1. 有 (S・H・R 年 月) 2. 無 3. 不明
---------	-------------------------------

備 考	
-----	--

令和 年 月 日

医療機関 所在地 _____ TEL _____

医療機関 名称 _____ 医師氏名 _____ ⑩

- 申請上の注意
- 該当する項目又は数字を○で囲んでください。
 - CT等がありましたら、一連の写真を添付してください。
 - 菌検査欄は、過去6ヶ月間に実施した検査結果を記入してください。
 - 診断後の菌検査結果については、最新のものから左より記入してください。
 - 継続申請の場合は、必ず初回申請時、前回申請時のX線写真と最新のX写真を提出してください。
 - 肺外結核の場合は、必ず胸部X線写真の他に、該当部位のX線写真も一緒に提出してください。
 - ※2・※3は、実施した場合は記入してください。(初回申請時のみ)
 - ※4・※5は、初回申請時のみ記入してください。