

結核医療費公費負担申請書

相模原市長 あて

年 月 日

申請者の氏名 _____

申請者の住所 _____

患者との関係 _____

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公費負担を申請します。

ふりがな 患者氏名	性別 男・女 生年月日	明大昭平 年 月 日	住所 電話番号	()
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)	その他 不明
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	添付X線写真の枚数	枚	

診 断 書

(法第20条第4項に基づく入院期間の延長の場合は、化学療法・菌検査結果のみで可)

病 名	1	2	3	入院	外来						
医療の 種 類	化学療法	1 初回治療	1 抗結核薬 薬品名 () 剤使用 INH RFP RBT SM EB PZA	医療開始予定年月日 年 月 日							
		2 再治療	KM TH EVM PAS CS	法第19条に基づく入院年月日 年 月 日							
		3 継続	2 1のうち局所療法に用いるもの() 3 副腎皮質ホルモン剤 薬品名()	年 月 日							
	外科的 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	年 月 日						
現 症	胸部X線写真略図	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									
結核菌検査	塗抹	月 号	月 号	月 号	月 号	月 号	感 受 性 検 査	INH [1]	感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐	感・耐 感・耐 感・耐 感・耐	
	培養	月 個	月 個	月 個	月 個	月 個		RFP [50]			
	検体	喀痰 他()	喀痰 他()	喀痰 他()	喀痰 他()	喀痰 他()		喀痰 他()			SM [20]
	EB [5]										
	() []										
	() []										
PCR-TB	陽性 ・ 陰性 ・ 未検査										
※結核に関する既往の 医 療	年 月 ~ 年 月	INH	RFP	SM	EB	PAS	その他()				
	年 月 ~ 年 月	INH	RFP	SM	EB	PAS	その他()				
	年 月 ~ 年 月	INH	RFP	SM	EB	PAS	その他()				
備 考	1 ツ反(最新のもの) 陰性 擬陽性 陽性 強陽性 BCG接種歴 無・有(年 月頃)										
	2 QFT検査 陰性 擬陽性 陽性 ESAT-6値() CFP-10値()										
	3 その他										
この欄は、法第37条の申請者の場合のみ記入してください。 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								***感染症診査協議会の意見			

年 月 日

医療機関所在地 _____

医療機関名称 _____

医師の氏名 _____

記入前に裏面注意事項をお読みください

【注 意】

- 1 該当する文字については、その文字(頭文字があるときは、その数字のみとする。)を○で囲んでください。
- 2 ※印欄は、初回申請の場合にのみ記入してください。
- 3 ※※印欄は、記入しないでください。
- 4 「結核菌検査」欄は、過去6月間に行った検査結果を記入してください。
- 5 「備考」欄は、①15歳以下の患者については既往のツベルクリン検査の成績及びBCG接種歴の有無、②その他参考となるべき事項を記入してください。なお、生保患者について入院を要する場合は、その理由を記入してください。
- 6 生保患者の場合は、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しますので、診断書及びその写し各1通を保健所に提出してください。