

(第6条関係)

結核医療費公費負担申請書

相模原市保健所長 あて

年 月 日

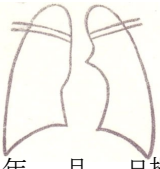
申請者の氏名
申請者の住所
申請者の個人番号
患者との関係

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。

性 別	男・女	住 所	
生年月日	年 月 日	電話番号	()
個人番号			
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 LVFX PZA	医 療 開 始 予 定 年 月 日					
		2 再 治 療	KM TH PAS CS DLM ^{*1} BDQ ^{*1}	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()	法第19条に基づく入院年月日 年 月 日					
	外 療 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 r l b I II III IV V O 1 2 3 特殊型 r l b H Pl Op	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)				
		塗抹	月 号	月 号	月 号	月 号	月 号	感 受 性 検 査 INH [1] RFP [50] SM [20] EB [5] () [] () []	感 ・ 耐 感 ・ 耐 感 ・ 耐 感 ・ 耐 感 ・ 耐 感 ・ 耐
培養		月 個	月 個	月 個	月 個	月 個			
検体	喀 痰 他()	喀 痰 他()	喀 痰 他()	喀 痰 他()	喀 痰 他()				
PCR-TB		陽性 ・ 陰性 ・ 未検査							
※結核に関する既往の医療		年 月 ~ 年 月	年 月	INH	RFP	SM	EB	PAS	その他()
		年 月 ~ 年 月	年 月	INH	RFP	SM	EB	PAS	その他()
		年 月 ~ 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 IGRA検査(QFT)	陰性	判定保留	陽性	測定値 (IU/ml)	実施日	年 月 日		
	3 IGRA検査(T-SPOT)	陰性	判定保留	陽性	実施日	年 月 日			
	4 その他								
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

印

【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 ※ⅠのDLM及びBDQは患者の結核菌がINH及びRFPに対して耐性を有する場合に限って使用すること。
- 3 ※印欄は、初回申請の場合にのみ記入してください。
- 4 ※※印欄は、記入しないでください。
- 5 「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。
- 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。

【日本結核病学会病型分類（学会分類）】

- ＜病側＞ r：右側のみに病変のあるもの l：左側のみに病変のあるもの b：両側に病変のあるもの
- ＜性状＞ O：病型が全く認められないもの
- I：(広汎空洞型) 空洞面積の合計が「拡がり」(後記) Ⅰをこえ肺病変の拡がりの合計が、1側肺に達するもの
- Ⅱ：(非広汎空洞型) 空洞を伴う病変があつて、上記Ⅰ型に該当しないもの
- Ⅲ：(不安定非空洞型) 空洞は認められないが、不安定な肺病変があるもの
- Ⅳ：(安定非空洞型) 安定していると考えられる肺病変のみがあるもの
- V：(治癒型) 治癒所見のみのもの

以上の他に次の3種類の病変があるときは、特殊型として次の符号を用いて記載する

H：肺門リンパ節腫脹

P₀：浸出性胸膜炎

O_p：手術のあと

＜病巣の拡がり＞

- 1：第2肋骨前端上縁を通る水平線以上の肺野の面積を超えない範囲
- 2：1と3の間
- 3：一側肺野面積を超えるもの

＜判定に際しての約束＞

- 1) 判定に際し、いずれに入れるか迷う場合には、次の原則によって割り切る
ⅠかⅡはⅡ、ⅡかⅢはⅢ、ⅢかⅣはⅢ、ⅣかⅤはⅣ
- 2) 病側、拡がりの判定は、ⅠからⅣ型に分類しうる病変について行い、治癒所見は除外して判定する
- 3) 特殊型については、拡大はなしとする

＜記載の仕方＞

- 1) (病側) (病型) (拡がり) の順に記載する
- 2) 特殊型は(病側) (病型) を付記する 特殊型のみのときは、その(病側) (病型) のみを記載すればよい
例：**bⅢ2rP₀**、rH、bP₀ 等
- 3) V型のときは(病側) (拡がり) は記載しないでよい

注) 判定は胸部X線単純正面写真で行い、CTによる所見を加えた場合はその旨を付記する