

柏市長

様

医療機関所在地

医療機関名称

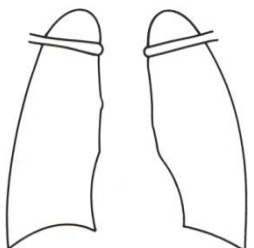
医師氏名

⑩

(署名または記名押印をお願いします。)

下記のとおり、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条の規定による医療費公費負担申請に係る患者情報を提供します。

記

カルテ No.		患者氏名		生年月日				
病名		1.		2.		3.		
合併症								
化学療法		抗結核薬 ()剤使用		INH RFP PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS RBT うち局所療法に使用する薬剤()				
		副腎皮質ホルモン剤		薬剤名()				
胸部 X線 写真	 年 月 日撮影		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	O
			1	2	3			
			H	pl	OP			
症状	せき・たん・発熱・胸痛・呼吸困難・その他()							
菌 検 査 結 果	採取日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
	※1 検体	喀痰・()	喀痰・()	喀痰・()	喀痰・()	喀痰・()	喀痰・()	
	塗抹	号	号	号	号	号	号	
	培養	+・- / 週	+・- / 週	+・- / 週	+・- / 週	+・- / 週	+・- / 週	
耐 性 検 査	(薬剤 { μ g/ml}) 実施日		年 月 日					
	INH[0.2] 感・耐	RFP[40] 感・耐	SM[10] 感・耐	EB[2.5] 感・耐	[] 感・耐	[] 感・耐	[] 感・耐	
備考								

申請上の注意

1. 該当する項目又は数字を○で囲んでください。
2. CT等がありましたら、一連の写真を添付してください。
3. 前回のX線写真と最新のX線写真を提出してください。
4. 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。
5. 診断後の菌検査結果については、最新のものから左側より記入してください。
6. ※1は、喀痰の場合はそのまま、それ以外の検体の場合は()内に記入してください。