

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.			
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	化学療法	抗結核薬	INH RFP PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS RBT			
	2. 継続		() 剤使用	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()				
	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)			
		r l b					
	年 月 日撮影	I II III IV V O					
		1 2 3					
		H pl OP					
結核菌検査	連続菌検査結果	検体	喀痰・胃液・咽頭粘液・気管支洗浄液・気管支肺生検・尿・膿・穿刺液・組織・その他				
	塗抹G 号(月 日)	月/日	/	/	/	/	/
	塗抹G 号(月 日)	塗抹	号	号	号	号	号
	塗抹G 号(月 日)	培養	+-	+-	+-	+-	+-
PCR (+・-・未)							
※1 IGRA 検査	実施日 年 月 日(陽性/判定保留/陰性)	耐性検査(薬剤{μg/ml} 実施日 年 月 日					
※2 ツベルクリン反応検査(最新のもの)	実施日 年 月 日	INH[0.2]	RFP[40]	SM[10]	EB[2.5]		
	発赤 mm 硬結 mm	感・耐	感・耐	感・耐	感・耐		
	副反応(二重発赤、リンパ管炎、水疱、出血、壊死)	[]	[]	[]	[]		
BCG歴	1.有(昭・平・令 年 月) 2.無 3.不明	感・耐	感・耐	感・耐	感・耐		
結核の治療歴	昭・平・令 年 月 ~ 年 月()						
	昭・平・令 年 月 ~ 年 月()						
備考							

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、最新のものから左側より記入してください。
- ※1・※2は、実施した場合は記入してください。