

結核医療費公費負担申請書

柏市長

あて

申請者住所

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。

申請者氏名

患者との関係 続柄(本人・その他())

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	歳
患者住所		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) 後期高齢者 生活保護法(受給中・申請中) その他()	添付写真の枚数		フィルム(単純・CT・他) 枚 CD(単純・CT・他) 枚			

診 断 書

病名	1.	2.	3.
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 ()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()
	2. 継続		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	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	

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	号	号	号
	塗抹G 号(月 日)	培養	+-	+-	+-	+-	+-	+-	+-	+-

IGRA 検査	実施日 年 月 日(陽性/判定保留/陰性)	耐性検査(薬剤{ μ g/ml) 実施日 年 月 日
---------	-----------------------	--------------------------------

※1 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)	INH[0.2] 感・耐	RFP[40] 感・耐	SM[10] 感・耐	EB[2.5] 感・耐
※2 BCG歴	1.有(昭・平・令 年 月) 2.無 3.不明	[] 感・耐	[] 感・耐	[] 感・耐	[] 感・耐

※2 結核の治療歴	昭・平・令 年 月 ~ 年 月() 昭・平・令 年 月 ~ 年 月()
--------------	--

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	Ⓔ

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。
- ※1は、実施した場合記入してください。
- ※2は、初回申請時のみ記入してください。
- 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。
- 継続申請の場合は、必ず初回申請時、前回申請時と最新のX線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。