

## 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	外科的療法	副腎皮質ホルモン剤	薬剤名( )	
			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	+-	+-	+-	+-	+-	+-	+-	+-
PCR (+・-・未)										

IGRA 検査	実施日 年 月 日(陽性/判定保留/陰性)	耐性検査(薬剤{ $\mu$ 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	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。