

結核医療費公費負担申請書

平成 年 月 日

京都府知事 様

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。

フリガナ
申請者の氏名

申請者の住所

患者との関係

電話 () -


フリガナ 患者氏名		性別	男 女	生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	住所		
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 生保(受給中・申請中) その他()							
被保険者証	記号	番号						

診 断 書

診断名	肺結核 気管支結核 咽頭・喉頭結核 粟粒結核 結核性胸膜炎 結核性膿胸 肺門リンパ節結核 他のリンパ節結核 () 結核性髄膜炎 腸結核 他の骨・関節結核 () 腎・尿路結核 性器結核 皮膚結核 眼の結核 耳の結核 腹膜炎 心膜炎 その他の臓器の結核 ()						
合併症名	なし 塵肺 糖尿病 低肺機能 肝障害 高血圧症 アルコール依存症 腎透析 ステロイド内服中(疾患名:) その他 ()						
治療内容等	1. 初回治療 2. 初回治療の継続 3. 再治療 4. 再治療の継続 5. 予防内服(無症状病原体等保有者)	化学療法	抗結核薬	RFP INH PZA SM EB KM TH EVM PAS CS	医療開始予定日		
			() 剤使用	上記のうち局所療法に用いるもの ()	年 月 日		
			副腎皮質ホルモン剤	薬剤名 ()	入院日		
					年 月 日		

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.他()	装具	
	手術 予定・実施 年 月 日(内容: 収容 日間[術前 日、術後 日])		

結核菌の塗抹・培養検査				核酸増幅法 ()法	血沈 (mm/h)	診断時又は培養後の抗酸菌同定検査()法	薬剤感受性検査成績		
採取日	検体の種類	塗抹	培養				(μg/ml)	年 月 日	年 月 日
月 日	喀痰・その他()				月 日	検査結果	INH(0.2)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・その他()				月 日	検査結果	INH(1)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・その他()				月 日	検査結果	RFP(40)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・その他()				月 日	検査結果	PZA(酵素法)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・その他()				月 日	検査結果	SM(10)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・その他()				月 日	検査結果	EB(2.5)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・その他()				月 日	検査結果	KM(20)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・その他()				月 日	検査結果	TH(20)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・その他()				月 日	検査結果		感・耐	感・耐
月 日	喀痰・その他()				月 日	検査結果		感・耐	感・耐

胸部X線写真	添付枚数 枚	CT所見の概要	臨床経過 [肺外結核の場合はそのX線写真略図, 結核性胸膜炎の場合は胸水等の菌所見とADA・リンパ球数等, 他の抗菌剤の併用等, その他]
			

今回のツ反	年 月 日実施	× ×	(×) (硬結・二重発赤・水疱・壊死)	BCG歴 有(年 月) 無 不明
-------	---------	--------	-----------------------	-----------------------

結核に関する既往の医療 (初回のみ記入)	年 月 ~ 年 月	INH・RFP・SM・EB・PZA・PAS・その他()
	年 月 ~ 年 月	INH・RFP・SM・EB・PZA・PAS・その他()

今後の治療方針	1. 標準治療(ア・イ)(いずれかに○印)で治療の予定 ※(ア)・(イ)については裏面参照			
	2. 次の理由により継続が必要 ()			
	3. 感染症の診査に関する協議会の意見が聞きたい ()			
	4. その他、標準治療以外の治療など ()			

医療機関所在地・電話番号	平成 年 月 日
医療機関名称	医師氏名
電話 () -	Ⓜ

(裏面もご記入ください)

診査の参考にしますので、左欄の項目に該当する場合○をつけ、その理由や状況がわかるよう右欄に記載してください。

1. 初回治療で PZA が使えない。
2. INH、RFP の一方又は両方が使えない。
3. 糖尿病がある場合、その病状。
4. 肝機能異常がある場合、その病状。
5. 抗結核薬の規則正しい服用が行えない不安がある場合、その状況。
6. 前医がある場合、その医療機関名及び治療内容。
7. ニューキノロン剤併用の有無とその理由。
8. 初診から診断までに1か月以上を要した。

申請に関する注意事項

- ・ 診断書は医師が必ず記入してください。記入が不十分な場合は、受理できないことがあります。
- ・ 法第 37 条による、入院患者の医療費公費負担の承認期間は 30 日以内となり、延長が必要な場合には再申請してください。
- ・ 法第 37 条の 2 による、結核患者の医療費公費負担の承認開始日は、診断書に記載された医療開始予定日からとなります。ただし、医療開始予定日を過ぎて保健所が受理した申請は、保健所の受理日が公費負担承認開始日となりますので速やかに申請書を提出するようご注意ください。郵送による場合は、消印日を受理日とします。
- ・ 非結核性抗酸菌症であることが判明した場合は、直ちに公費負担申請を取り下げてください（公費負担の適用外となり、健康保険適用による治療となります。）

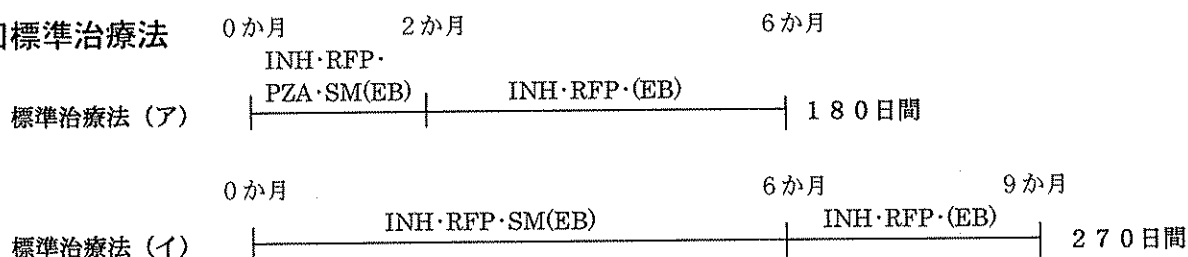
診断書作成時の注意事項

1. 選択による記入箇所については、該当するもの（頭数字がある時はその数字のみとする）を○で囲んでください。
2. 菌検査を重視し、結果は必ず記入してください。
 - ・ 初回申請の場合は、3 日間連続検査を必ず実施し、その患者の最大検出菌数（「新結核菌検査指針」による検出菌数記載法による）または最大ガフキー号数を求めてください。また、培養検査、PCR・MTD などの遺伝子検査なども行ってください。
 - ・ 培養陽性であれば、薬剤感受性検査や、必要ならさらなる同定検査も実施してください。
 - ・ 継続申請の場合は、治療中 1 か月に 1 度、喀痰検査（塗抹および培養）を実施してください。
3. 初回申請の場合は必ず、初診時の X 線写真を添付してください。CT 等詳細のわかる写真も貼付していただければ参考になります。また、継続申請の場合には、全体の経過が把握できるよう、直近の X 線写真とともに、初診時や前回申請時の X 線写真等も添付してください。
4. 「血沈」及び「結核菌検査」欄は、過去 6 か月に行った検査結果を記入してください。
5. 胸膜炎、腹膜炎などでは ADA 検査も実施し、診断の一助としてください。

結核治療・化学予防について

結核治療においては、1. 速やかな殺菌、2. 耐性菌の出現阻止、3. 持続生存結核菌の増殖防止を目指した薬剤の選択が重要です。年齢、合併症に応じた対応も必要です。

○初回標準治療法



標準治療法 (ア)：初期 2 か月は INH、RFP、PZA、SM（または EB）の 4 剤併用、その後、INH、RFP（EB を加えてもよい）の 2～3 剤併用 4 か月間、合計 6 か月間。

標準治療法 (イ)：INH、RFP、SM（または EB）の 3 剤併用 6 か月間、その後は INH、RFP（EB を加えてもよい）の 2～3 剤併用 3 か月間、合計 9 か月間。

PZA 投与不可の場合を除き、原則として、全症例について、標準治療法 (ア) を用いる。

症状が著しく重い場合、治療開始から 3 月を経ても結核菌培養検査の成績が陰転しない場合、糖尿病、じん肺等結核の経過に影響を及ぼす疾患を合併する場合又は副腎皮質ホルモン剤若しくは免疫抑制剤を長期にわたり使用している場合には、患者の病状および経過を考慮して各々 3 月延長できる。

INH、RFP の一方又は両方が使えない場合は、専門家に相談することも含め、慎重に対応してください。詳しくは、平成 16 年改正「新しい結核医療の基準」をご参照ください。

治療効果の判定には菌検査（塗抹及び培養）を重視し、効果不十分の場合は、直近の薬剤感受性検査を参考に治療を見直すこととし、漫然と同じ治療を続けることで耐性菌の出現をうながすことがないように注意してください。

予防内服では、必ず初発患者の薬剤感受性検査結果を確認し、INH 耐性の場合は投薬内容を慎重に検討してください。治療の成功には確実な服薬が不可欠です。対面服薬支援 (DOTS) の積極的な導入をご検討ください。