

記入上の注意：該当する文字を○で囲むこと。

結核患者医療費公費負担申請書 B (診断書) 【37条・37条の2】				
令和 年 月 日				
患者の氏名		性別	男・女	生年月日
住所	〒 (TEL)			

診断名	肺結核 結核性胸膜炎 結核性膿胸 肺門リンパ節結核 粟粒結核 結核性髄膜炎 脊椎結核 潜在性結核感染症 他の骨・関節結核 () 他のリンパ節結核 () 尿路結核 他の肺外結核 ()			
合併症	有・無	塵肺 糖尿病 低肺機能 肝障害 高血圧症 HIV 腎透析 アルコール障害 認知症 ステロイドホルモン使用 (薬剤名) その他 ()		

医療開始予定年月日	年 月 日	申請時	入院・通院	入院年月日	年 月 日
-----------	-------	-----	-------	-------	-------


化学療法	1 初回治療	1 抗結核薬 () 剤使用	1 薬品名 INH・RFP・RBT・PZA・SM・EB・LVFX KM・TH・PAS・CS・DLM・BDQ		
	2 再治療		2 1のうち局所療法に用いるもの ()		
	3 継続	2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名 ()		

外科的療法	1 装具・その他 2 その他 ()	収容日数	術前 日間, 術後 日間
-------	--------------------	------	--------------

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・PAS・PZA・その他 ()
----------------------	-----------	-------------------------------

初めて結核と診断された時期	年 月 頃	BCG接種歴(無・有) 年 月 日
---------------	-------	-------------------

最新のIGRA (年 月 日)	最新のツ反(年 月 日)	陽転時期(年 月 頃)
QFT・T-spot	副反応(硬結・二重発赤・水疱・潰瘍)	_____ × _____ (×)
(陽性・陰性・判定保留・判定不可)		

喀痰結核菌検査			結核菌同定検査	胸部エックス線	薬剤感受性検査成績			
実施年月日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固体・液体)			菌株日	令和 年 月 日	薬剤名	濃度
			検体採取日 令和 年 月 日		INH	0.2	感	耐
			検体種類 (喀痰・他())		RFP	40	感	耐
			検査法()		PZA	-	感	耐
			結果(陽性・陰性・検査中・未実施)		SM	10	感	耐
			検体採取日 令和 年 月 日		EB	2.5	感	耐
			検体種類 (喀痰・他())		KM	20	感	耐
			検査法()	TH	20	感	耐	
			結果(陽性・陰性・検査中・未実施)	PAS	0.5	感	耐	
				CS	30	感	耐	
				LVFX	1	感	耐	

主治医意見

今後の治療方針	1. 標準治療 () 剤 (6 ・ 9) か月治療 (いずれかに○印) の予定 2. 次の理由により入院延長・治療延長が必要 () 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 () 5. 標準治療未実施理由 (高齢のため・副作用のため・薬剤耐性のため・その他)
---------	---

医療機関所在地		※申請毎に3か月以内に撮影した直近のX線写真 (CT等あれば併せて) を提出すること
医療機関名称		
主治医氏名		

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	令和 年 月 日	病型	19条・20条 及び37条 37条の2	判定	適・不適
受理番号	No.			受給者番号	
登録番号	No.			自己負担額	無・20,000円

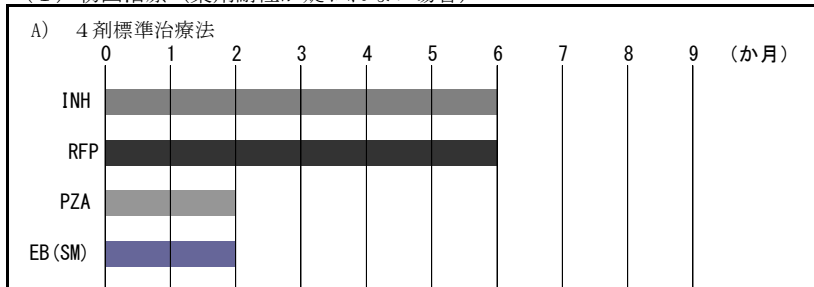
結核医療費公費負担申請書の提出方法【郵送・持参・その他 ()】

- ・ 法第37条の2に基づく公費負担の承認開始日は、保健所が申請を受理した日（郵送の場合は消印日）となりますので、ご注意ください。
- ・ また、胸部レントゲン写真以外に、結核の診断に用いられたCTなどの画像検査結果がありましたら、併せてご提出をお願いいたします。

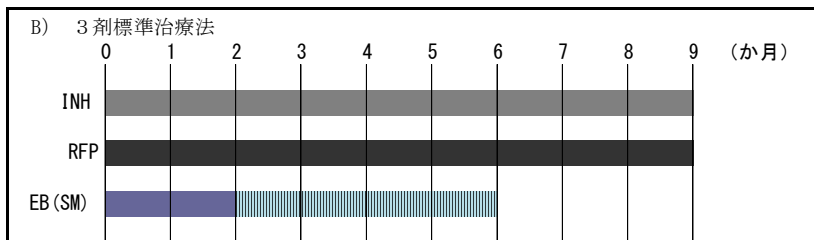
結核医療の基準 ※ 国の通知(健感発1018第1号(R3年10月18日改正))も併せてご確認ください。

1 肺結核の化学療法

(1) 初回治療（薬剤耐性が疑われない場合）



A) PZA使用不可の場合を除き、原則として、4剤治療の化学療法を行う。
INH、RFP、PZA、EB（又はSM）4剤併用療法を2か月行い、その後INH及びRFPを4剤併用療法開始時から6か月（180日）を経過するまで行う。
ただし、4剤併用療法を2月間行った後、薬剤感受性検査の結果が不明であって症状の改善が確認できない場合には、薬剤感受性検査の結果が判明するまでの間又は症状の改善が確認されるまでの間、INH及びRFPに加え、SM又はEBを使用する。



B) PZA使用不可の場合は、3剤治療の化学療法を行う。
INH、RFP、EB（又はSM）3剤併用療法を2か月ないし6か月行い、その後INH、RFPを3剤併用療法開始時から9か月（270日）を経過するまで行う。

< 治療期間に係る留意事項 >

次の場合は、患者の病状及び経過を考慮して3か月間延長できる。

- ア 治療開始時に症状が著しく重い場合
- イ 治療開始時から2か月を経ても結核菌培養検査の成績が陰転しない場合
- ウ 糖尿病、じん肺、HIV感染等の結核の経過に影響を及ぼす疾患を合併する場合
- エ 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
- オ 再治療の場合

(2) INH、RFPが使用不可の場合（INH及びRFPに対して耐性を有する場合を除く。）

	INHが使用可能でRFPが使用不可の場合	RFPが使用可能でINHが使用不可の場合	INHとRFPの両方が使用不可の場合
PZAが使用可能な場合	培養陰性後18か月	①培養陰性後6か月 ②治療開始から9か月 ※①②の長い方	感受性のある薬剤が3剤以上使用可能な場合は、培養陰性後18か月
PZAが使用不可の場合		①培養陰性後9か月 ②治療開始から12か月 ※①②の長い方	

※使用する薬剤等については、国の通知をご参考ください。

(3) INH及びRFPに対して耐性を有する場合

感受性を有すると規定される抗結核薬を5剤選んで併用療法を行う。
この場合の治療期間は、培養陰性後18月間とする。

2 肺外結核の化学療法

肺結核の治療に準じて化学療法を行うが、結核性膿胸、粟粒結核若しくは骨関節結核等の場合又は結核性髄膜炎等中枢神経症状がある場合には、治療期間の延長を個別に検討する。

3 潜在性結核感染症（LTBI）の化学療法

原則として次の（1）又は（2）に掲げるとおりとする。

ただし、INHが使用できない場合又はINHの副作用が予想される場合は、RFP単独療法を4か月間行う。

- (1) INHの単独療法を6か月間行い、必要に応じてさらに3か月間行う。
- (2) INH及びRFPの2剤併用療法を3か月又は4か月間行う。