

記入上の注意：該当する文字を○で囲むこと。□は該当すればチェック☑すること。

結核患者医療費公費負担申請書(37条・37条の2)

京都府知事 様

平成 年 月 日

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条及び37条の2の規定により医療費負担を申請します。

申請者の氏名 患者との関係

申請者の住所 TEL () ー

患者の氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所				
保険者等の種別	健保(本人・家族) 生保(保護受給中・保護申請中)	国保(一般・退職本人・退職家族) その他()	後期高齢者医療制度	
健保、共済、国保、後期高齢者医療制度、介護保険の記号番号				

診 断 書

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	その他(アルコール依存 難病 ステロイドホルモン使用 腎透析)				
医療開始予定年月日	年 月 日	申請時	入院・退院	入院年月日 年 月 日			
化学治療	1 初 回 治 療	1 抗結核薬 () 剤使用	1 薬品名 INH REP RBT SM EB KM TH EVM PZA PAS CS				
	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()				
	4 予 防 内 服						
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()				
最新のツ反応(年 月 日)	× (×) ×		初めて結核と診断された時期	年 月頃			
副反応(硬結・二重発赤・水疱・潰瘍) BCG(無・有 年 月 日)	- + ++ +++		ツ 反 応 陽 転 時 期	年 月頃			
喀 痰 結 核 菌 検 査		結核菌同定検査		胸部エックス線			
実施日	塗 抹 (直接・集菌)	培 養 (固形・液体)	検体採取日 平成 年 月 日	菌株日 平成 年 月 日			
月 日			診 断 時 検体種類 (喀痰・他()) 検査法() 結果(陽性・陰性・ 検査中・未実施)	薬剤感受性検査成績			
月 日				薬剤名	濃度	感 受 性	
月 日					INH	0.2	感 耐
月 日						1	感 耐
月 日					RFP	40	感 耐
月 日					PZA	—	感 耐
月 日					SM	10	感 耐
月 日					EB	2.5	感 耐
月 日					KM	20	感 耐
月 日					EVM	20	感 耐
月 日			TH		20	感 耐	
月 日			CS		30	感 耐	
月 日			PAS	0.5	感 耐		
月 日			LVFX	1	感 耐		
月 日							
主治医意見			病型() 平成 年 月 日撮影 ※による写真提出時、及び主治医が特に必要と認めるときに記載のこと				
今後の治療方針	1.標準治療(6ヶ月治療・9ヶ月治療)(いずれかに○印)で治療の予後 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			※初回及び入院再延長ごとに最新のX線写真を提出し、前回提出のX線写真も添付すること。
医療機関名称			
主治医氏名	Ⓜ(又は自署)		

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	平成 年 月 日(郵送・持参)	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	
登録票番号	No			自己負担額	無・20,000円