


入院、入院外の別	
入院	入院外

<b>結核医療費公費負担申請書</b>						年 月 日			
石川県 保健所長 様		申請者住所		申請者氏名		電話番号			
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。				申請者の個人番号		患者との関係			
				患者の職業		患者票及び通知書を指定医療機関へ直接送付することに 同意する 同意しない			
患者の名氏	性別 生年月日	男 女	年 月 日 ( 日生 歳)	住 所					
個人番号									
被保険者の別	健保(本人・家族)	国保(一般・退職本人・退職家族)	生保(保護受給中・保護申請中)	その他( )					
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	有 ・ 無		※平成 年 月 から						
添付X線写真の枚数	枚	前回の患者票の公費負担番号 (前回の通知書の記号)	前回の受給者番号 (前回の通知書の番号)						
診 断 書									
病名	1		2			3			
医療の種類	化学療法	1 初回治療	1 抗結核薬 ( ) 剤使用	副腎皮質ホルモン剤 (有・無)		医療開始予定年月日			
		2 初回治療の継続	INH RFP又はRBT PZA SM EB LVFX	(薬品名 )		年 月 日			
		3 再治療	KM TH EVM PAS CS DLM BDQ	抗結核薬以外の使用薬剤 ( )		入 院 年 月 日			
		4 再治療の継続	2 1のうち局所療法に用いるもの ( )				年 月 日		
	外科的療法			手術予定(実施)年月日		年 月 日			
	骨関節結核の装具療法			収容(予定)期間		日間(術前 日間、術後 日間)			
既往歴	1 結核 2 糖尿病 3 肝疾患 4 腎疾患 5 悪性腫瘍 6 免疫系疾患 7 じん肺 8 その他( )					今回のツ反 (平成 年 月 日実施)			
	結核に関する既往の治療	初めて結核と診断された時	年 月 頃	菌陰性化の時期		年 月 頃			
		年 月 日 ~ 年 月 日	INH RFP PZA EB SM	その他( )		硬結 × (2重発赤 × )			
		年 月 日 ~ 年 月 日	INH RFP PZA EB SM	その他( )		発赤 × (水泡・壊死・出血)			
		年 月 日 ~ 年 月 日	INH RFP PZA EB SM	その他( )					
現 症	BCG接種歴 有(最終接種歴 歳頃)・無・不明		結核患者との接触 有(続柄 )・無・不明						
	胸部X線写真略図	※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)					
	年 月 日撮影	r l b		体温(平熱、微熱、中等熱、高熱)					
		I II III IV V		喀 痰( - , +, ++)					
		1 2 3		咳 嗽( - , +, ++)					
		H Pl Op		その他( )					
			呼吸器症状の出現時期( 年 月 日)						
結核菌検査(注)	喀 痰	採取日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	薬剤感受性試験	
		塗 抹	( 号)	( 号)	( 号)	( 号)	( 号)		INH [ 0.2 ] 感 耐
		培 養	( 個)	( 個)	( 個)	( 個)	( 個)		RFP [ 40 ] 感 耐
	そ の 他	採取日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	EB [ 2.5 ] 感 耐
		検 体 種 類							SM [ 10 ] 感 耐
		塗 抹	( 号)	( 号)	( 号)	( 号)	( 号)	( 号)	PZA [ ] 感 耐
	培 養	( 個)	( 個)	( 個)	( 個)	( 個)	( 個)	( ) [ ] 感 耐	
		( 号)	( 号)	( 号)	( 号)	( 号)	( 号)	( ) [ ] 感 耐	
		( 個)	( 個)	( 個)	( 個)	( 個)	( 個)	( ) [ ] 感 耐	
(注) 塗抹については -・±・1+・2+・3+ 又はガフキー号数、培養については -・±・+・++・+++ 又はコロニー数を記入すること。初回申請時は、治療開始時の3連続検痰の結果を記入すること。培養陽性の場合には薬剤感受性検査を行うこと。									
同 定 検 査 実 施	無 ・ 有 (採取日: 年 月 日 検体: )		検査方法: 結果: ( )						
	無 ・ 有 (採取日: 年 月 日 検体: )		検査方法: 結果: ( )						
今 後 の 医 療 方 針	1 今回で治療を終了する 2 継続が必要である 3 感染症診査協議会の意見( )について)を聞きたい 4 その他( )								
備 考	※ 感染症診査協議会の意見								
	年 月 日								
	医療機関の所在地			医療機関の名称 電話番号					
医師の氏名 ④									

<記入上の注意>

- 1 該当する文字については、その文字(頭数字があるときは、その数字のみとする。)を○で囲むこと。
- 2 ※印欄は、記入しないこと。
- 3 「結核菌検査」欄は、過去6ヶ月間に行った検査結果を記入すること。
- 4 「備考」欄は、その他参考となるべき事項を記入すること。
- 5 生保患者の場合には、この診断書の写しを生活保護法による診療要否意見書又は結核入院要否意見書として福祉事務所が使用するので、診断書及びその写し各1通を保健所に提出すること。
- 6 継続申請する場合は、有効期間がされる前に直近及び前回申請時のX線写真(あればCTも添付する)、その他関係書類を添えて患者の居住地を管轄する保健所長あて再申請すること。