

感染症(結核)患者医療費公費負担申請書

宛先 秋田市長 令和 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・第37条の2)の規定により医療費公費負担を申請します。
 * 医療費公費負担による患者票の交付について指定医療機関あてに送付することに【同意します。・同意しません。】

申請者の氏名 _____
 申請者の住所 _____
 申請者の個人番号 _____
 患者との関係 _____

ふりがな				
患者の氏名	性別	男・女	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 歳
住所				
個人番号				
保険者等の種別	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	年 月 から		
添付X線写真(3か月以内に撮影のものがが必要です) 枚数	枚	(撮影月日: 年 月 日、年 月 日、年 月 日)		

診 断 書

病 名	1		2		3		
非結核性抗酸菌症	有・無	合併症	1 塵肺(含珪肺) 2 糖尿病 3 低肺機能 4 肝障害 5 高血圧 6 その他()				
経過	発病の時期(年 月 日)		初診の時期(年 月 日)		診断の時期(年 月 日)		
医療の種類	化学療法	1 初回治療	1 薬品名 INH RFP(又はRBT) PZA SM EB LVFX			抗結核薬 () 剤使用	医療開始予定年月日 年 月 日
		2 再治療	KM TH EVM PAS CS DLM BDQ				入院年月日 年 月 日
	外科的療法	3 継続	2 1のうち局所療法に用いるもの()			副腎皮質ホルモン剤 薬品名()	入院理由()
		1 肺結核	1 肺虚脱療法()		2 空洞直達療法()		3 肺切除術()
2 結核性膿胸			4 泌尿器結核				
3 骨関節結核			5 その他()				
骨関節結核の装具療法							
収容	日間(術前)		日間、術後	日間	手術予定(実施)年月日	年 月 日	

現 症	胸部X線写真略図	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 1 2 3 H pl op			

結核菌検査	新登録時連培結果		月日	月日	月日	月日	月日	月日	薬品(mcg/ml)	年 月	年 月
	塗抹培養								INH []	感 不完 完	感 不完 完
	PCR								RFP []	感 不完 完	感 不完 完
	検体種別								EB []	感 不完 完	感 不完 完
I G R A 検査	検査名	QFT検査	T-spot検査	ツ反検査		BCG接種歴					
	実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		なし					
	判定	陰性・判定保留	陰性・判定保留	() x ()		あり (年 月頃)					
		陽性・判定不可	陽性・判定不可	() x ()							
		硬・二重・水・壊									

* 結核に関する既往歴	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PAS その他()
	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PAS その他()
	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PAS その他()

* 治療方針	1 診査協議会の意見をうかがいたい。	診査協議会の意見
	2 化学療法のみでよい。	
	3 一応化学療法を実施したうえで、その後の方針を決めたい。	
	4 外科療法を実施したい。	
	5 化学療法、外科療法とも効果が期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施したい。	
	6 その他()	

化学療法終了の時期	1 この申請を最後として化学療法を終了する。
	2 化学療法終了の時期については、診査協議会の意見を聞きたい。
	化学療法の開始日(終了の可否を判断する際の参考とするため) 年 月 (中断または再治療の場合は再開の日を記入すること)

備考	
----	--

年 月 日	医療機関所在地 _____
	医療機関名称 _____
	医師の氏名 _____

感染症(結核)患者医療費公費負担申請書

宛先 秋田市長 令和 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・第37条の2)の規定により医療費公費負担を申請します。

* 医療費公費負担による患者票の交付について指定医療機関あてに送付することに【同意します。・同意しません。】

申請者の氏名 ※患者本人の氏名(患者が未成年の場合は保護者の氏名)

申請者の住所 _____

申請者の個人番号 ※担当保健師が聴取して記入。医療機関では記入しない。

患者との関係 ※申請者が患者本人の場合は「本人」、保護者が申請の場合は患者との続柄記入。

ふりがな					
患者の氏名	性別	男・女	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 歳	
住所					
個人番号					
保険者等の種別	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		年 月 から		
添付X線写真(3か月以内に撮影のものが必ず必要です) 枚数	枚		(撮影月日: 年 月 日、年 月 日、年 月 日)		

診 断 書

病 名	1		2		3		
非結核性抗酸菌症	有・無	合併症	1 塵肺(含珪肺) 2 糖尿病 3 低肺機能 4 肝障害 5 高血圧 6 その他()				
経 過	発病の時期 (年 月 日)		初診の時期 (年 月 日)	診断の時期 (年 月 日)		医療開始予定年月日	
医療の種類	化学療法	1 初回治療	1 薬品名 INH RFP(又はRBT) PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ		抗結核薬 () 剤使用		年 月 日
		2 再治療	2 1のうち局所療法に用いるもの()				入院年月日
		3 継続	副腎皮質ホルモン剤	薬品名()			
外科的療法	骨関節結核	1 肺結核	1 肺虚脱療法() 2 空洞直達療法() 3 肺切除術()				
		2 結核性膿胸			4 泌尿器結核		
		3 骨関節結核			5 その他()		
骨関節結核の装具療法							
収 容		日間(術前 日間、術後 日間)		手術予定(実施)年月日		年 月 日	

※結核の治療を主たる目的とした入院年月日

現 症	胸部X線写真真略図	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線写真真略図及びその他の所見)		

結核菌検査	新登録時連培結果						薬剤感受性検査	薬品 (mcg/ml)	年 月	年 月
	塗抹	培養	PCR	検体種別	月日	月日				
								INH []	感 不完 完	感 不完 完
								RFP []	感 不完 完	感 不完 完
								EB []	感 不完 完	感 不完 完
								SM []	感 不完 完	感 不完 完
								PZA []	感 不完 完	感 不完 完
								CS []	感 不完 完	感 不完 完
								LVFX []	感 不完 完	感 不完 完
								() []	感 不完 完	感 不完 完

* 結核に関する既往歴	検査名	QFT検査	T-spot検査	ツ反検査	BCG接種歴
	実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	なし
	判定	陰性・判定保留 陽性・判定不可	陰性・判定保留 陽性・判定不可	() x () () x () 硬・二重・水・壊	あり (年 月頃)

* 治療方針	1 診査協議会の意見をうかがいたい。	診査協議会の意見
	2 化学療法のみでよい。	
	3 一応化学療法を実施したうえで、その後の方針を決めたい。	
	4 外科療法を実施したい。	
	5 化学療法、外科療法とも効果が期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施したい。	
	6 その他()	
化学療法終了の時期	1 この申請を最後として化学療法を終了する。	化学療法終了の時期
	2 化学療法終了の時期については、診査協議会の意見を聞きたい。	
備 考	化学療法の開始日(終了の可否を判断する際の参考とするため) 年 月 (中断または再治療の場合は再開の日を記入すること)	

年 月 日	医療機関所在地 _____
	医療機関名称 _____
	医師の氏名 _____