

# 感染症(結核)患者医療費公費負担申請書

宛先 秋田市長 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 \_\_\_\_\_

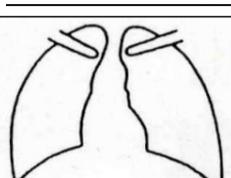
申請者の個人番号 \_\_\_\_\_

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 薬品名 INH RFP(又はRBT) PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ 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( )		抗結核薬 ( ) 剤 使用	年 月 日 入院年月日 年 月 日 入院理由( )
	外科的療法	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)		
						

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	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		INH [ ]	感 不完 完	感 不完 完
	培 養								RFP [ ]	感 不完 完	感 不完 完
	PCR								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 陽性・判定不可		陰性・判定保留 陽性・判定不可		( ) × ( ) ( ) × ( ) 硬・二重・水・壊		あり ( 年 月頃)			

* 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 _____

## 〈結核医療費負担申請書及び診断書の記載上の留意点について〉

* 公費負担	・第37条(入院患者の医療)又は第37条の2(結核患者の医療)のいずれかに○を付してください。
* 被保険者等の別	・保険証を確認のうえ、該当する保険に○を付してください。変更があった場合は、患者票を添えて保健所へご連絡ください。
* X線写真等の添付	・肺結核、肺外結核の場合、感染症診査協議会の開催日前3か月以内に撮影された直接写真、特殊撮影写真(断層写真等)、および過去のX線写真を添付してください。 なお、継続申請の場合は、現在から3か月以内のX線写真を添付してください。 ・潜在性結核感染症の場合、4方向からの胸部X線写真または特殊撮影写真(断層写真等)を撮影している場合は、併せて添付してください。
* 治療方針	・該当する項目に○を付してください。
* 化学療法終了の時期	・該当する項目に○を付してください。
* 病名	・診断名を記入してください。 ・非定型抗酸菌症の場合は、有に○を付してください。 ・予防内服の場合は、病名を潜在性結核感染症(発感染結核)としてください。 ・合併症については、該当項目に○を付してください。
* 医療の種類	・該当する項目に○を付してください。 ・過去に1か月以上の服薬治療が確認できる場合は、「再治療」に○を付してください。 ・薬品名は、該当する薬品すべてに○を付してください。 ・ <u>法第37条の2の規定に基づく医療費公費負担の開始は、原則として保健所受理日からとなりますのでご注意ください。</u> ・病状によっては感染症診査協議会の審議により承認されないこともあります。 ・外科的療法が必要な場合は、収容期間、手術年月日を必ず記入してください。
* 現症	・胸部X線写真略図、撮影年月日は必ず記入してください。 ・肺外結核であっても、胸部X線写真がありましたら記入してください。 ・学会分類は日本結核学会病型分類で記入してください。 ・その他の所見については必要に応じて記入してください。 また、感染症診査協議会から照会された場合については、その内容についても記入してください。
* 結核菌検査	・新登録時は3日間連続の菌検査状況、継続申請時は6か月前からの菌検査状況を記入してください。 ・検体の種類については、喀痰・胃液・気管支洗浄液等具体的に記入してください。
* 薬剤感受性試験	・結果判明後、必ず記入してください。
* その他	・潜在性結核感染症(発感染結核)については、できるかぎり過去の「ツベルクリン反応検査歴」、「BCG接種歴」を確認し、記入してください。

\* 診断書はもれなく記載して下さるようお願いいたします。

(申請時に、検査結果が出ていない場合は、検査結果がでた時点で別途お知らせくださるようお願いいたします。)

\* 法第37条、法第37条の2の医療費公費負担継続申請について

終期に達する前に、秋田市保健所の感染症診査協議会の開催前(概ね毎月第1、3水曜日開催)まで事前に申請してください。

\* 医療内容の変更等について

第37条の2患者票の「医療の種類」に記入されたもの以外の医療が必要になった際(薬品の変更等)は、あらためて公費負担申請を行ってください。なお、この申請を行う場合には、既存の患者票を添付してください。

\* 患者票の返納について

公費負担の承認期間が満了したとき、または秋田市外に転居した際は、患者票を秋田市保健所へ返納してください。

\* 治療終了後、治療中断者の連絡について

結核治療が終了となった者や、治療中断した者については、連絡票にて秋田市保健所までお知らせくださるようお願いいたします。なお、治療終了の際は、患者票を必ず添付してお知らせください。