

結核患者医療費公費負担申請書

申請年月日 年 月 日

(あて先)宮城県 保健所長

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の公費負担を申請します。

申請者の氏名 (患者又はその保護者) 印 (*自署の場合は押印不要) □代行申請

申請者の住所 電話番号 - -

患者との続柄 □本人 □保護者() □その他()


| | | | | | |
|----------|--|------------------|-----|------|-----------------------------|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳) |
| 患者氏名 | | | | | |
| 住所 | | | | 電話番号 | - - |
| 被保険者等の種別 | 1.健保(本人) 2.健保(家族) 3.国保(一般) 4.国保(退職本人) 5.国保(退職家族) 6.生保(受給中) 7.生保(申請中) 8.その他() | 後期高齢者医療の 受給資格 | 有・無 | 取得予定 | 年 月から |
| 備考 | | | | | |

診 断 書

| | |
|------------------------------|---|
| 病名 | 1. 2. 3. |
| 療養区分 | 1.入院 (入院年月日: 年 月 日) 2.通院 |
| 今回の治療 | 1.初回治療 2.再治療 3.継続 医療開始予定: 年 月 日 医療終了予定: 年 月 日 |
| 治療歴 (治療期間・治療内容) | 年月~年月 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ その他()・不明 |
| *再治療の場合の初回申請時に把握の範囲でご記入ください。 | 年月~年月 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ その他()・不明 |

| | | |
|---------|-------|---|
| 結核医療の種類 | 化学療法 | 1.抗結核薬 ()剤使用 ①薬品名 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ その他() ②①のうち局所療法に用いるもの() |
| | 外科的療法 | 1.肺結核 2.骨関節結核 ※「化学療法」を併用のこと 器具療法 3.結核性膿胸 4.その他の部位の結核() 入院 日間(術前) 日間(術後) 日間 手術予定(実施)年月日 年 月 日 術式又は療法名 |

結核の治療に併せて治療を要する合併症の有無と治療内容
有・無 1.じん肺 2.糖尿病 3.HIV感染症 4.低肺機能 5.高血圧 6.肝障害 7.胃切除 8.透析療法 9.ステロイド療法(薬剤名と量:) 10.免疫抑制剤 11.その他()

| | | | |
|----------------|---|--|---|
| (1)エックス線検査及び現症 | 1.胸部X線写真略図  | 2.学会分類 (病側) r・l・b (病巣の性状) 0・I・II・III・IV・V (病巣の拡がり) 1・2・3 (特殊型病側) r・l・b (特殊型病変) H・P1・Op | 3.その他の所見 (肺外結核の場合、そのX線写真略図及びその所見) |
| | 添付X線写真等の枚数 胸部 直接 枚 断層 枚 その他 直接 枚 断層 枚 CT 枚 | 4.一般症状 a 喀痰(多・少・無) b 咳嗽(多・少・無) c 発熱(有・無) d 栄養状態(良・普通・不良) e その他() | 5.指導区分 生活規制 A 要休業 B 要軽業 C 要注意 D 正常生活 |

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| (2) 結核菌検査 | 検査年月日 | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| | 検体の種類 ※下記「検体の種類」によりアルファベットで記入ください | | | | | | | | |
| (3) ツベルクリン反応検査 (最新のもの) *初回申請時に実施している場合のみご記入ください | 塗抹検査 | 号 | 号 | 号 | 号 | 号 | 号 | 号 | 号 |
| | 培養検査 ※陽性の場合、下記「薬剤感受性検査」を記入ください | 個 | 個 | 個 | 個 | 個 | 個 | 個 | 個 |
| | 核酸増幅法 1.PCR 2.その他() | +・- | +・- | +・- | +・- | +・- | +・- | +・- | +・- |
| | 同定検査 (方法:) | +・- | +・- | +・- | +・- | +・- | +・- | +・- | +・- |
| (4) BCG接種歴 *初回申請時に実施している場合のみご記入ください | 実施年月日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| | | × (×) mm (水疱 ・ 壊死 ・ 出血) | | | | | | | |
| (5) リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロンγ試験(QFT等) *初回申請時に実施している場合のみご記入ください | 採血年月日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| | IFN-γ | IU/ml | | | | | | | |
| 主治医の意見 (入院に関する意見、37条の2申請で生保受給者の場合はその理由、その他感染症診査協議会に参考になる事項等について記載願います。) | | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | | | | | | |
| 医師氏名 印 | | | | | | | | | |

●法第37条の2の規定に基づく医療費公費負担の開始日は、保健所がこの申請書を受理した日(郵送日数を勘案)となりますのでご注意ください。
 なお、法第37条の規定に基づく医療費公費負担の開始日は、申請書の受理日にかかわらず保健所の入院勧告等に基づき感染症(結核)指定医療機関に入院した日です。
 ●治療開始時の検査は、「結核菌検査(結核菌培養検査を含む。)」を実施し、対象とする病変が結核菌によるものであることを確認することともに、「単側エックス線検査」及び「必要に依りし検査」を
 ●慢性結核感染症の診断は、結核菌培養検査が陽性の場合は必ず「薬剤感受性検査(インテグラーゼ阻害剤)」を実施することともに、「臨床症状の確認やエックス線検査等により、活動性結核ではないこと」を確認してください。

●ツベルクリン反応検査の記載方法
 $\frac{(a1 \times a2)}{(b1 \times b2)}$ (c1 × c2) mm
 a1・a2: 硬結の長径と短径
 b1・b2: 発赤(二重発赤のある場合は内発赤)の長径と短径
 c1・c2: 外発赤の長径と短径

| | | |
|--|--|-----|
| ※ 感染症診査協議会記入 感染症診査協議会(結核診査部会)の意見(年 月 日実施) | | 取受印 |
| 学会分類 | | |
| (病側) r・l・b (病巣の性状) 0・I・II・III・IV・V (病巣の拡がり) 1・2・3 (特殊型病側) r・l・b (特殊型病変) H・P1・Op | | |