

第31号様式（第15条第1項、第2項関係）

結核医療費公費負担申請書										
年 月 日										
様					申請者の氏名 _____					
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・37条の2}の規定により、医療費公費負担を申請します。					申請者の住所 _____					
					申請者の個人番号 _____					
					患者との関係 _____ 電話(_____) - _____					
フリガナ 患者氏名					性別	男・女	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日(歳)		
住所	〒 _____				個人番号	当 面 の 間 は 、 記 載 不 要				
被保険者等の別	健保(本人・家族)		国保(一般・退職本人・退職家族)		生保(受給中・申請中)		労災			その他(_____)
添付写真の枚数	X線 _____ 枚、CT _____ 枚、その他(_____)		注) 写真は治療開始前、前回申請時、今回の3種類を添付してください。肺外結核の場合はその根拠となる画像を必ず添付して下さい。							

診 断 書 (入院・入院外)										
診断名	肺結核 結核性胸膜炎 粟粒結核 脊椎結核 他の骨・関節結核 (_____) その他 (_____)									
合併症名	なし 塵肺 HIV 糖尿病 肝障害 高血圧 アルコール依存症 腎透析 脳血管障害 悪性腫瘍(_____) 消化器術後(_____) その他(_____)									
治療内容等	1. 初回治療	化 学 療 法	抗結核薬 (_____) 剤使用					外 科 的 療 法	1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨・関節結核 (_____)	
	2. 初回治療の継続		INH RFP RBT PZA SM EB	4. 泌尿器結核 5. その他 (_____)						
3. 再治療	KM TH EVM PAS CS DLM		方法等							
4. 再治療の継続	その他(_____)		手術(予定)日: H _____ 年 _____ 月 _____ 日							
5. 潜在性結核の治療	副腎皮質ホルモン剤(_____)		手術の為の入院(収容): _____ 日間							
			骨関節結核の装具療法:				(術前 _____ 日、術後 _____ 日)			
医療開始予定日			年 月				入院(予定)日			
菌検体の種類 (該当する番号を記入してください)			1. 喀痰		2. 咽頭粘液等		3. 胃液		4. 気管支・肺胞洗浄液	
結核菌検査			5. 穿刺液(部位 _____)		6. 膿・浸出液		7. 尿		8. 組織(部位 _____)	
採取日			月 日		月 日		月 日		月 日	
検体種類										
塗抹			号		号		号		号	
培養			個		個		個		個	
備考(PCR検査等)										
初めて結核と診断された時期			年 月 頃		年 月 頃		年 月 頃		年 月 頃	
ツ反応陽転時期			年 月 頃		年 月 頃		年 月 頃		年 月 頃	
菌陰性化の時期			年 月 頃		年 月 頃		年 月 頃		年 月 頃	
BCG接種歴			無		有		不明		年 月 頃	
胸部X線写真			学会分類		病歴・経過					
			r I IV 1 H	l II V 2 PI	b III 0 3 Op	[結核性胸膜炎の場合は胸水等の性状(浸出性の有無・リンパ球比・ADA・塗抹・培養・生検病理・菌所見及び装具療法の有無等)を書いて下さい。菌陰性の場合は診断の根拠を必ず書いて下さい。]				
結核に対する既往医療	年 月 ~ 年 月		INH RFP SM EB PZA		その他(_____)				今回のツ反 H. _____ 年 _____ 月 _____ 日実施	
		年 月 ~ 年 月		INH RFP SM EB PZA		その他(_____)				× (×) (硬結・二重発赤・水疱・壊死)
		年 月 ~ 年 月		INH RFP SM EB PZA		その他(_____)				× (×) (硬結・二重発赤・水疱・壊死)
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. 治療をなお継続する必要がある。		3. (終了可・要継続)と考えるが、感染症診査協議会の意見を聞きたい。					
副作用による治療期間の延長などの理由を記載してください。							治療方針			
							1.化学療法(A法・B法)のみでよい。 2.一応化学療法を施行した上でその後の治療方針を決める。 3.外科療法を施行する(化学療法では効果が期待できない)。 4.化学療法、外科療法とも期待できないが、悪化防止のため化学療法を施行する。 5.その他			
年 月 日			医療機関の名称 _____				感染症診査協議会の答申及び意見			
医療機関の所在地 _____			医師の氏名 _____ 印 _____				適 否			
										決定区分
							医療内容			
							合格			
							不合格			
							承認			
							不承認			
							保留			

受理年月日	年 月
受付番号	No. _____
入院勧告書番号	No. _____