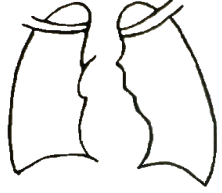


第36号様式(第20条第1項、第2項関係)

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						申請者の住所						
[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		
住 所	〒					個人番号						
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()											
	後期高齢者医療制度の受給 無・有 (年 月から)											
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	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() 4. 泌尿器結核 5. その他()							
	2. 初回治療の継続	INH RFP RBT PZA SM EB KM						方法等 手術(予定)日: H 年 月 日							
3. 再治療	TH EVM PAS CS DLM					骨関節結核の装具療法:	手術の為に入院(収容): 日間 (術前 日、術後 日)								
4. 再治療の継続	その他()														
5. 潜在性結核の治療	副腎皮質ホルモン剤()														
医療開始予定日	年 月 日					入院(予定)日	年 月 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 5. 穿刺液(部位) 6. 膿・浸出液 7. 尿 8. 組織(部位) 9. その他()					薬剤感受性試験	検体採取日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
結核菌検査	採取日	月 日	月 日	月 日	月 日		月 日	INH [0.2]	感・耐	感・耐					
	検体種類							RFP [40]	感・耐	感・耐					
	塗抹	号	号	号	号		号	SM [10]	感・耐	感・耐					
	培養	個	個	個	個		個	EB [2.5]	感・耐	感・耐					
備考(PCR検査等)							() []	感・耐	感・耐						
初めて結核と診断された時期	年 月頃	ツ反陽転時期	年 月頃	菌陰性化の時期	年 月頃	BCG接種歴	無・有・不明		年 月頃						
胸部X線写真						学会分類 r l b I II III IV V O 1 2 3 H Pl Op					病歴・経過 [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。]				
	年 月 日														
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()	×							
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。					終了予定時期 年 月									
備考	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					決定区分					
医療機関の所在地										医療内容	公費負担				
医師の氏名										合格	承認				
										不合格	承認				
受理年月日					年 月 日					保 留		不承認			
受付番号					No.										
入院勧告書番号					No.										