

感染症（結核）医療費公費負担申請書

下関市長 様

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 } の規定により医療費公費負担を申請します。

<申請者（患者本人または保護者）>

氏名 患者との関係（ ） 個人番号

住所 〒

電話（ ） -

患者情報	ふりがな		男・女	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	歳
	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（保護受給中・保護申請中） 後期高齢者医療 その他（ ）							

診 断 書

診断名 1.	2.	3.
--------	----	----

菌種名 ①M.tuberculosis ②その他（ ）	菌以外の理由：X線所見 既往症 組織学的 IGRA（QFT・T-Spot） その他（ ）
-----------------------------	--

合併症	1. 塵肺 2. 糖尿病 3. 低肺機能 4. 肝障害 5. その他（ ）
-----	---------------------------------------

医療の種類	化学療法	1. 初回治療 2. 再治療 3. 継続	①抗結核薬 薬剤数 剤 一次薬：INH RFP RBT SM EB PZA 二次薬：KM TH EVM PAS CS LVFX ※多剤耐性肺結核のみ：DLM BDQ ・標準治療が出来ない理由 ・初回排菌有りでもPZAが使えない理由	一回申請分の医療開始年月日 令和 年 月 日 （今後6か月以内の終了計画であれば標記） 令和 年 月 日 ①入院日： 年 月 日 ②退院（予定）日： 年 月 日 ③在宅
	外科的療法	1. 肺結核（切除術） 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核 4. 泌尿器結核 5. その他（ ）		
	骨関節結核の装具療法			

取容	日間（術前）	日間、術後	日間	手術予定（実施）年月日	令和 年 月 日
----	--------	-------	----	-------------	----------

現症	胸部X線写真略図		最近の症状及び経過： r l b I II III IV V 1 2 3 H P Op
	年 月 日撮影	学会分類	

結核菌検査	実施日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	薬 剤 感 受 性 検 査 結 果					
	未実施は未/に○	塗抹	未 / 号	未 / 号	未 / 号	未 / 号	未 / 号	未 / 号	薬品 (mcg/ml)	年 月		年 月	
		培養	未 / 個	未 / 個	未 / 個	未 / 個	未 / 個	未 / 個	INH [0.2]	感 不完 完	感 不完 完	感 不完 完	感 不完 完
		核酸増幅	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	RFP [40]	感 不完 完	感 不完 完	感 不完 完	感 不完 完
		同定	方法： 法		結果：結核菌 / その他（ ） / 未実施				SM [10]	感 不完 完	感 不完 完	感 不完 完	感 不完 完
検体材料	喀痰 胃液 気管支洗浄液 穿刺液 その他	喀痰 胃液 気管支洗浄液 穿刺液 その他	喀痰 胃液 気管支洗浄液 穿刺液 その他	喀痰 胃液 気管支洗浄液 穿刺液 その他	喀痰 胃液 気管支洗浄液 穿刺液 その他	喀痰 胃液 気管支洗浄液 穿刺液 その他	喀痰 胃液 気管支洗浄液 穿刺液 その他	EB [2.5]	感 不完 完	感 不完 完	感 不完 完	感 不完 完	

結核に関する既往の医療	年 月～ 年 月	INH RFP SM EB PAS PZA その他（ ）	年 月～ 年 月	INH RFP SM EB PAS PZA その他（ ）
-------------	----------	------------------------------	----------	------------------------------

備考 (主治医の意見等)				
-----------------	--	--	--	--

※感染症診査協議会の意見 (承認 ・ 不承認)				
---------------------------	--	--	--	--

令和 年 月 日	医療機関：〒 -	所在地	名称	医師名
	電話（ ） -			