

# 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

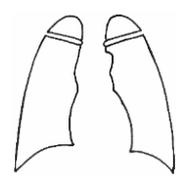
診断名 1.	2.	3.
--------	----	----

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	今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		学会分類 r l b I II III IV V 1 2 3 H P0 Op	最近の症状及び経過:
----	----------	-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	------------

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	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
		核酸増幅	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	RFP [40]	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
検体材料	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							

結核に関する既往の医療	年 月 ~ 年 月	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
	電話 ( ) -	名称
		医師名