

感染症(結核)患者医療費公費負担申請書										令和 年 月 日	
岩手県		保健所長 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(平成10年法律114号)		申請者の住所									
{ 第37条 第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							
		連絡先電話番号									
		患者との関係									
患者の氏名				性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	歳		
患者の住所											
患者の個人番号				添付X線写真の枚数		平面	枚・断層	枚			
被保険者等の別		1.健保(a本人、b家族) 2.国保(a一般、b退職本人、c退職家族) 3.後期高齢(年 月から) 4.生保(a保護受給中、b保護申請中) 8.その他()									
診 断 書											
病 名		1. 2. 3.									
治 療 方 針		1. 化学療法のみでよい。 2. 一応化学療法を実施したうえで、その後の方針をきめたい。 3. 外科療法を実施したい。(化学療法では効果が期待できない。) 4. 化学療法、外科療法とも効果が期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施したい。 5. 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. 治療になお継続する必要がある。 3. 次のように考えるが、診査協議会委員の意見を聞きたい。(終了してよい ・ 継続が必要 ・ 不明) 化学療法の開始日 年 月 (終了の可否を判断する際の参考とするため。)(中断または再治療の場合は再開の日を記入すること。)									
医療の種類	化学療法	1. 初回治療	1.抗結核薬		1. 薬品名 INH REP(RBT) PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ			医療開始予定年月日			
		2. 再治療	()剤使用		2. 1のうち局所療法に用いるもの()			年 月 日			
		3. 継続	2.副腎皮質ホルモン剤		薬品名()			年 月 日			
	外科的療法	1. 肺結核	1.肺虚脱療法()		2.空洞直達療法()		3.肺切除術()				
		2. 結核性膿胸			4.泌尿器結核						
		3. 骨関節結核			5.その他()						
骨関節結核の装具療法											
収 容		日間(術前)		日間(術後)		日間		手術予定(実施)年月日 年 月 日			
現 症	胸部X線写真略図		※※ 学会分類		その他の所見(肺外結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見)						
			r l b I II III IV V 1 2 3 H pl OP								
年 月 日 撮影											
結核菌検査		年月日	.	.	.	.	.	.	.		
		検 体									
		塗 抹	月 号	月 号	月 号	月 号	月 号	月 号			
		培 養	月 個	月 個	月 個	月 個	月 個	月 個			
		PCR									
IGRA検査		検査日:		検査方法:		結果:					
※ 初めて結核と診断された時		年 月頃	※ツ反応陽転時期		年 月頃	菌陰性化の時	年 月頃				
※ 結核に関する既往の医療		年 月～ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他()								
		年 月～ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他()								
備 考		治療についての意見および症状、その他患者が乳幼児の場合は、BCG接種の有無(有の場合には直近の接種月日を記入)を記入すること。									
令和 年 月 日											
医療機関の所在地											
郵便番号記入欄				医療機関の名称				電話 ()			
□□□-□□□□				医師の氏名				印			

記入上の注意

- 法第37条の2の申請の場合、次のものを添付すること。
①当該医療を受けようとする医師の診断書 ②肺結核、粟粒結核、結核性胸膜炎又は結核性膿胸であるときは、胸部の、腎結核、尿管結核又は性器結核であるときは造影法による腎、尿管または性器の、骨関節結核であるときは骨及び関節のエックス線直接撮影写真であって申請前三月以内に撮影したもの。
- 該当する文字については、その文字(頭数字があるときは、その数字のみとする。)を○でかこむこと。
- ※印欄は、初回申請の場合のみ記入すること。
- 「結核菌検査」欄は、過去6ヶ月間に行った検査結果を記入すること。
- 二次抗薬使用の際は耐性検査の結果を記入すること。また、二次抗薬を必要とする場合理由を記入すること。
- 継続時の申請には参考となる以前のフィルムを添付のこと。