第９号様式

（表）

結核患者医療費公費負担申請書

年　　月　　日

（宛先）川崎市保健所長

申請者　住　　所

氏　　名

個人番号

患者との関係

電話番号　　（　　）

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条第１項 ・ ３７条の２第１項 ）の規定により、医療費の公費負担を申請します。

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年　月　日（　歳）
患者氏名			個人番号	
住　所	〒		電話番号	
被保険者等の別	1　健保本人　2　健保家族　3　国保一般　4　国保退職本人　5　国保退職家族 6　後期高齢者医療（　年　月　日から）　7　生保(受給中)　8　生保(申請中) 9　自費・その他（　　）　１０　不明			
添付Ｘ線写真の枚数			枚	

診　断　書

Ⅰ　病名

1　　2　　3

Ⅱ　経過
（継続申請時不要）

1　初発症状とその出現時期
初発症状（　　）　出現時期　年　月　日(頃)

＊初発症状が咳でない場合、咳の有無　あり（　年　月　日頃から）・ なし

2　初診日(当該病名に係る初診日)　年　月　日

3　診断日　年　月　日

4　治療開始日　年　月　日

Ⅲ　療養区分

・入院(予定も含む)　入院年月日：　年　月　日
入院理由　：　結核　・　結核以外

・通院

Ⅳ　合併症

a　糖尿病　b　肝障害　c　アルコール依存症　d　塵肺　e　悪性腫瘍　f　低肺機能
g　非結核性抗酸菌症　h　その他（　　）

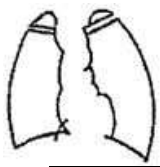
Ⅴ　結核の治療歴

1　今回の治療及び申請区分
a　初回治療・初回申請　b　初回治療・継続申請　c　再治療（　回)・初回申請　d　再治療・継続申請

2　過去の治療期間とその内容
年　月～　年　月　INH　RFP　SM　EB　PZA　PAS　その他（　　）・不明
年　月～　年　月　INH　RFP　SM　EB　PZA　PAS　その他（　　）・不明
年　月～　年　月　INH　RFP　SM　EB　PZA　PAS　その他（　　）・不明

Ⅵ　Ｘ線所見

1　胸部単純Ｘ線写真
略図　　撮影日　年　月　日



学会分類

病側	r	l	b		
性状	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ
拡がり	1	2	3		

上記以外の所見：rp1、lp1、rH、lH、rOp、lOp
0(ゼロ)、その他（　　）

2　診断上必要としたその他の画像検査(CT、MR、胸部以外のＸ線等)

撮影日　年　月　日
略図

（裏）

Ⅶ　菌検査所見

1　塗抹・培養・同定検査(診断時、前回申請以降の経過)

検体採取日	検体の種類＊	塗抹検査	培養検査	同定検査
年　月　日			(液・固)	
年　月　日			(液・固)	
年　月　日			(液・固)	
年　月　日			(液・固)	
年　月　日			(液・固)	
年　月　日			(液・固)	
年　月　日			(液・固)	

2　核酸増幅法検査(診断時)

検体採取日	検体の種類＊	結果
年　月　日		＋・－
年　月　日		＋・－
年　月　日		＋・－

＊検体の種類
A―喀痰　B―気管支洗浄液
C―胃液　D―穿刺液　E―喉頭粘液
F―膿・浸出液　G―尿　H―組織
I―その他

3　薬剤感受性試験(直近のもの)

薬剤の種類＼検体採取日	比率法 年　月　日	従来法 年　月　日	液体培地 年　月　日
INH	(0.2μg／ml)感・耐	(0.1μg／ml)感・耐	感・耐
RFP	(40μg／ml)感・耐	(50μg／ml)感・耐	感・耐
EB	(2.5μg／ml)感・耐	(2.5μg／ml)感・耐	感・耐
SM	(10μg／ml)感・耐	(20μg／ml)感・耐	感・耐

4　菌培養陰性化確認の有無(継続申請時)

・陰性化確認(最後に培養陽性であった検体の採取日　　年　　月　　日)　・陰性化未確認

Ⅷ　結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン―γ測定

1　陽　性　　2　陰　性　　3　未検査

Ⅸ　ツベルクリン反応検査所見・ＢＣＧ接種歴
(継続申請時不要)

1　最終ツベルクリン反応検査結果　　判定日　　年　　月　　日

(　　×　　)／(　　×　　)(　　×　　)　水疱・壊死・出血・その他(　　)

2　上記以前のツベルクリン反応検査の有無　　あり(　　年　　月あるいは　　歳)・なし

3　ツベルクリン反応陽転時期　　年　　月あるいは　　歳(頃)　・不明

4　ＢＣＧ最終接種歴　　年　　月あるいは　　歳(頃)　・接種歴なし　・不明

Ⅹ　現在の治療内容

今回申請する治療

1　化学療法(抗結核薬)
a INH　b RFP(RBT)　c PZA　d SM　e EB　f LVFX　g KM　h TH
i PAS　j CS　k(　　)

2　局所療法に用いる抗結核薬(　　)

3　副腎皮質ホルモン剤使用の有無　　あり(薬品名：　　)　・なし

4　外科的療法(術式等)

手術(予定)時期　　年　　月　　日(頃)
入院(予定)期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

5　骨関節結核に対する装具療法の有無　　あり　・　なし

併用化学療法

Ⅺ　今後の治療予定

a　この申請を最後として終了予定である。(　　年　　月　　日頃終了予定)
b　継続する必要があると考えている。
c　現段階では、終了・継続のどちらとも言えない。
d　化学療法を開始した上で、外科療法を考慮したい。
e　感染症診査協議会の意見を聞きたい。
f　その他(　　)

備考（診査の参考となるべき事項等をご記入ください。）

年　　月　　日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師氏名　　印

添付書類　1　入院勧告書、入院措置書、入院期間延長書又は入院期間延長措置書の写し
2　患者及びその配偶者並びに民法第８７７条第１項に定める扶養義務者の費用の負担能力を証明する書類
⑴　生活保護を受けている場合は、被保護者であることを証明する居住地の福祉事務所長の証明書
⑵　中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている場合は、被支援者であることを証明する市長の証明書
⑶　市（区）町村長が発行する市町村民税の納税通知書又は課税証明書
⑷　世帯調書兼同意書