


(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 印
		個人番号
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。		患者との関係
		電話番号 ( )
フリガナ		生年月日 年 月 日( 歳)
患者氏名	男・女	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  																	
	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																	
	学会分類 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>病側</td> <td>r</td> <td>l</td> <td>b</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>性状</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>拡がり</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">上記以外の所見:rp1、lp1、rH、lH、rOp、lOp、 0(ゼロ)、その他( )</p>	病側	r	l	b			性状	I	II	III	IV	V	拡がり	1	2	3	
病側	r	l	b															
性状	I	II	III	IV	V													
拡がり	1	2	3															

(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)		2 核酸増幅法検査(診断時)					
	検体採取日	検体の種類*	塗抹検査	培養検査	同定検査	検体採取日	検体の種類*	結果
	年 月 日			(液・固)		年 月 日		+-
	年 月 日			(液・固)		年 月 日		+-
	年 月 日			(液・固)		年 月 日		+-
	<p>* 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</p>							
	3 薬剤感受性試験(直近のもの)							
		比率法		従来法		液体培地		
	検体採取日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		
	薬剤の種類							
	INH	(0.2 $\mu$ g/ml) 感・耐		(0.1 $\mu$ g/ml) 感・耐		感・耐		
	RFP	(40 $\mu$ g/ml) 感・耐		(50 $\mu$ g/ml) 感・耐		感・耐		
	EB	(2.5 $\mu$ g/ml) 感・耐		(2.5 $\mu$ g/ml) 感・耐		感・耐		
	SM	(10 $\mu$ g/ml) 感・耐		(20 $\mu$ g/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ニン測定	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   c SM   d EB   e KM   f TH   g EVM   h PZA 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				