

(表)

結核患者医療費公費負担申請書

(宛先)川崎市 保健所長

申請者 住 所

氏 名

印

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			

上部「申請書」欄は患者もしくは、保護者記入欄になります。

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																				
	<table border="1"> <tr> <td>学会分類</td> <td>病側</td> <td>r</td> <td>l</td> <td>b</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>性状</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td></td> <td>拡がり</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>上記以外の所見:rp1、lp1、rH、lH、rOp、lOp、 (ゼロ、その他())</p>			学会分類	病側	r	l	b				性状	I	II	III	IV	V		拡がり	1	2	3	
学会分類	病側	r	l	b																			
	性状	I	II	III	IV	V																	
	拡がり	1	2	3																			

術式名を御記入ください。

(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)																																																																
	<table border="1"> <tr> <th>検体採取日</th> <th>検体の種類*</th> <th>塗抹検査</th> <th>培養検査</th> <th>同定検査</th> <th>検体採取日</th> <th>検体の種類*</th> <th>結果</th> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>(液・固)</td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>+-</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>(液・固)</td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>+-</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>(液・固)</td> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>+-</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>(液・固)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>(液・固)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>(液・固)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>(液・固)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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		+-	年 月 日			(液・固)					年 月 日			(液・固)					年 月 日			(液・固)					年 月 日			(液・固)					<p>*検体の種類 A-喀痰 B-気管支洗浄液 C-胃液 D-穿刺液 E-喉頭結液 F-膿・浸出液 G-尿 H-組織 I-その他</p>
	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		+-																																																											
年 月 日			(液・固)																																																															
年 月 日			(液・固)																																																															
年 月 日			(液・固)																																																															
年 月 日			(液・固)																																																															
3 薬剤感受性試験(直近のもの)	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">薬剤の種類</th> <th colspan="2">比率法</th> <th>従来法</th> <th>液体培地</th> </tr> <tr> <th>検体採取日 年 月 日</th> <th>年 月 日</th> <th>年 月 日</th> <th>年 月 日</th> </tr> <tr> <td>INH</td> <td>(0.2 μg/ml)感・耐</td> <td></td> <td>(0.1 μg/ml)感・耐</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td>RFP</td> <td>(40 μg/ml)感・耐</td> <td></td> <td>(50 μg/ml)感・耐</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td>EB</td> <td>(2.5 μg/ml)感・耐</td> <td></td> <td>(2.5 μg/ml)感・耐</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td>SM</td> <td>(10 μg/ml)感・耐</td> <td></td> <td>(20 μg/ml)感・耐</td> <td>感・耐</td> </tr> </table>			薬剤の種類	比率法		従来法	液体培地	検体採取日 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	INH	(0.2 μg/ml)感・耐		(0.1 μg/ml)感・耐	感・耐	RFP	(40 μg/ml)感・耐		(50 μg/ml)感・耐	感・耐	EB	(2.5 μg/ml)感・耐		(2.5 μg/ml)感・耐	感・耐	SM	(10 μg/ml)感・耐		(20 μg/ml)感・耐	感・耐																																		
薬剤の種類	比率法		従来法		液体培地																																																													
	検体採取日 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																																																														
INH	(0.2 μg/ml)感・耐		(0.1 μg/ml)感・耐	感・耐																																																														
RFP	(40 μg/ml)感・耐		(50 μg/ml)感・耐	感・耐																																																														
EB	(2.5 μg/ml)感・耐		(2.5 μg/ml)感・耐	感・耐																																																														
SM	(10 μg/ml)感・耐		(20 μg/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	1 陽性 2 陰性 3 未検査																																																																	
VIII 結核菌特異蛋白刺激遊離インターフェロニン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 (×) (×) 水疱・壊死・出血・その他()	判定日 年 月 日																																																																
	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																																																																
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)																																																																
	併用化学療法	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																																																																
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																																																																