

注)法第37条に基づく公費負担申請は、初回のみ提出してください。

入院勧告を延長した場合は、特に申出のない限り法37条に基づく公費負担も継続とします。

受付印

受付No

感染症患者医療費公費負担申請書(結核用)

長野県知事
(長野県)

様
(保健所長)

年 月 日

申請者の氏名

申請者の住所

患者との関係

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
個人番号

(申請者が患者本人である場合は、下記の「患者の個人番号」欄へ記入)

(ふりがな)
患者の氏名

男
女

明・大・昭
平・令
年 月 日生 歳

住
所

TEL

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)
組合国保の場合組合名()

後期高齢者 その他()
生保(保護受給中・保護申請書)

患者の個人番号

添付胸部X線写真枚数

枚

添付その他の画像枚数

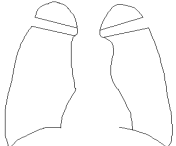
枚

診 断 書

病名	1.	2.	3.
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()剤使用 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM 上記のうち局所に用いるもの()
	外科的療法	1 肺 2 肺外(部位)	術式及び治療内容(骨・関節結核の装具療法を含む) 手術予定(実施)年月日 外科的療法に必要な収容期間 術前 日間 術後 日間
	2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名 ()	医療開始年月日 年 月 日 入院年月日 年 月 日

合併症	1 結核 治療歴など具体的に() 2 糖尿病 <input type="checkbox"/> 経口薬服用 <input type="checkbox"/> インスリン使用 3 肝疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> アルコール性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他() 4 腎疾患 () 5 悪性腫瘍 () 6 免疫系疾患 () 7 スteroid使用 () 8 その他 () (該当する数字に○ <input type="checkbox"/> は該当すればチェック)
-----	---

現病歴	呼吸器症状の有無 (有・無) 呼吸器症状出現時期 (年 月 日) 医療機関初診日 (年 月 日) 結核診断日 (年 月 日)	インターフェロンγ応答測定検査 (QFT・T-SPOT)	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定不可
-----	---	------------------------------	--

現症	 年 月 日撮影	※学会分類 r l b I II III IV V 1 2 3 H pl op	その他の所見 (肺外結核の場合は、そのX線写真略図及び臨床所見)	菌陰性・肺外結核・ 潜在性結核の診断 根拠(ADA値、ツ反等)
----	---	---	-------------------------------------	---------------------------------------

結核菌検査				薬剤感受性検査成績		診断時の核酸増幅同定検査		培養後の抗酸菌同定検査	
実施日	検体	塗抹	培養	薬品[μg/ml]	年月日	検査法(PCR法・法)	検査法(核酸同定・法)	検査法(核酸同定・法)	検査法(核酸同定・法)
月 日				INH [0.2]	感 耐	年 月 日実施	年 月 日実施	年 月 日実施	年 月 日実施
月 日				RFP [40]	感 耐	検査結果 結核菌(M. tuberculosis) 陽性・陰性 その他の抗酸菌 菌名() 陽性・陰性 検査中 検査未実施	検査結果 結核菌(M. tuberculosis) 陽性・陰性 その他の抗酸菌 菌名() 陽性・陰性 検査中 検査未実施	検査結果 結核菌(M. tuberculosis) 陽性・陰性 その他の抗酸菌 菌名() 陽性・陰性 検査中 検査未実施	検査結果 結核菌(M. tuberculosis) 陽性・陰性 その他の抗酸菌 菌名() 陽性・陰性 検査中 検査未実施
月 日				SM [10]	感 耐				
月 日				EB [2.5]	感 耐				
月 日				PZA [-]	感 耐				
月 日					感 耐				
月 日					感 耐				

今後の医療方針	◎ 継続申請をする場合は、今後の方針及びその理由を記入 1. 今後 月 日間治療を継続する。 2. 感染症診査協議会の意見()について)を聞きたい 3. その他
---------	--

年 月 日	医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名	※感染症診査協議会の意見 医療内容 1 合格 2 不合格 ()
-------	------------------------------	---

印