

様式第1号 (様式第18号)

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 様 年 月 日  
(長野県 保健所長)

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 明・大・昭 年 月 日生 歳 住 所 女 平・令 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) 後期高齢者 その他( ) 組合国保の場合組合名( ) 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

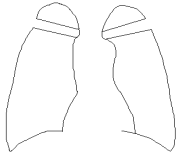
## 診 断 書

病 名 1. 2. 3.

医 療 の 種 類	化 学 療 法	1 初回治療	1 抗結核薬 ( ) 剤使用 INH RFP RBT PZA	2 副腎皮質ホルモン剤 薬品名 ( )	医療開始年月日 年 月 日
		2 再治療	SM EB LVFX KM TH		入院年月日 年 月 日
		3 継続	EVM PAS CS DLM 上記のうち局所に用いるもの ( )		年 月 日
外 療 科 的 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

合併症歴 1 結核 治療歴など具体的に( )  
2 糖尿病 □経口薬服用 □インスリン使用  
3 肝疾患 □B型肝炎 □C型肝炎 □アルコール性肝炎 □肝硬変 □その他( )  
4 腎疾患 ( ) 5 悪性腫瘍 ( ) 6 免疫系疾患 ( )  
7 ステロイド使用 ( ) 8 その他 ( )  
(該当する数字に○ □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) インターフェロノンγ応答測定検査 (QFT・T-SPOT) □陽性 □判定保留 □陰性 □判定不可  
医療機関初診日 (年 月 日)  
結核診断日 (年 月 日)

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)	
月 日				INH [0.2]	感 耐	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
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				
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 か月間治療を継続する。 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 印 ※感染症診査協議会の意見 医療内容 1 合格 2 不合格 ( )