

記入上の注意（裏面もお読み下さい）

- 1. 該当する文字については、その項目（頭に数字があるときは、その数字のみとする）を○で囲むこと。
- 2. ※印欄は、記入しないこと。
- 3. この申請書の公費負担の承認開始日は、**保健所が申請を受理した日**（FAXの場合送信日、郵送の場合消印日）となりますので、ご注意ください。

記入日が承認開始とはなりません

感染症患者（*結核・通院）医療費公費負担申請書（法第37条の2）

平成26年××月〇〇日

（*入院勧告によらない入院患者の結核医療費を含む）

神戸市長 あて

申請者の氏名 **神戸花子**

申請者の住所 **神戸市中央区加納町6-5-1**

申請者の個人番号 ××××××××××××

患者との関係 **妻** TEL **123-4567**

患者票を医療機関に直接送付することに同意のうえ申請します。

(ふりがな) 患者の氏名 神戸太郎	性別 男	生年 昭和23年	生月 10月	生日 1日	生年 65歳	住所 岡上
個人番号	被保険者の別 健康保(本人・家族)	国保()	一般(退職本人)	退職家族	後期高齢	生保(受給中・申請中)

健保、共済、国保 介護保険の記号・番号 **123456**

添付X線写真の枚数 CD(CR/CT) フィルム(**2**枚)

入院勧告書の番号(特例該当者のみ)

患者または患者家族が記入。代筆される場合は必ず本人の承諾を得てください。

医 師 記 入 欄

この申請書による期日をかいて下さい

病名 1 肺結核	2 結核性脊椎炎	3	経過のわかるフィルムを添付して下さい	
医療の種類	化学療法 1. 初回治療 2. 初回治療の継続 3. 再治療 4. 再治療の継続 外科的 1. 肺 (2) 肺外 部位 脊椎		(1)抗結核薬(4)剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> INH <input checked="" type="checkbox"/> RFP <input type="checkbox"/> RBT <input checked="" type="checkbox"/> PZA <input type="checkbox"/> SM <input checked="" type="checkbox"/> EB LVFX KM EVM TH CS PAS DLM (2)結核に対する副腎皮質ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 有 (<input checked="" type="checkbox"/> 無) 抗結核薬以外 <input type="checkbox"/>	
併発症	1. 結核 治療歴など具体的に() <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 経口薬服用 <input checked="" type="checkbox"/> インスリン使用 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> アルコール性肝障害 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 腎疾患() <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍() <input type="checkbox"/> ステロイド使用() (該当する数字に○。□は該当すればチェック。)	術式及び治療内容(骨・関節結核の装具療法を含む) 病巣郭清術および自家骨移植術	BCG接種歴 有・無・ <input checked="" type="checkbox"/> 不明 (最終接種 歳時)	結核患者との接触 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無・ <input type="checkbox"/> 不明 有の場合の詳細 父 H.24年治療 Gaffky5号
現病歴	呼吸器症状の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 呼吸器症状の出現時期 (2014年 4月 頃 日) 医療機関に初診の時期 (年 4月 30日) 結核と診断された時期 (年 5月 31日)	IGRA検査 <input checked="" type="checkbox"/> QFT <input checked="" type="checkbox"/> T-SPOT 値:0.75 ESAT-6:4.5 CFP10:>50 判定・ <input checked="" type="checkbox"/> 陽性・陰性・判定保留・判定不能	今回のツ反 <input checked="" type="checkbox"/> 硬結 (25 × 20) (25 × 20) 発赤内径 - · + · ++ · <input checked="" type="checkbox"/> +++	H.26年 〇月 ×日実施 H.26年 〇月 ×日実施 外径 (40 × 30)mm (水屯・壊死) 発赤外経 <input checked="" type="checkbox"/> +++
及び現症	肺結核・肺外結核の(胸部等)X線略図及び臨床所見・菌陰性の場合の診断の根拠 〇月初旬より咳があり、近医を受診、投薬にて改善なく胸部XPを撮影され、異常影をいわれ当院に紹介された喀痰検査の結果 培養で結核菌が検出され肺結核と診断した		胸部X線写真略図 	学会分類 r I <input checked="" type="checkbox"/> b I II III IV V 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 H Pl Op

結核の治療としての手術を記載してください

どちらか一方、数値まで記載して下さい

検査結果が判明したら記入して下さい

結核菌検査			診断時の核酸増幅同定検査 検査法(PCR法・LAMP法・) 法	培養後の抗菌剤同定検査 検査法(核酸同定・) 法	薬剤感受性検査成績				
実施日	塗抹(直接・集菌)	培養(固形・液体)	検体:喀痰・その他()	H.26年 〇月 ×日実施	H.26年 〇月 ×日実施	菌株採取日	年 月 日		
咳痰	〇月×日	-	結核菌 陽性・陰性 その他の抗酸菌 菌名 ()	結核菌 陽性・陰性 その他の抗酸菌 菌名 ()	結核菌 陽性・陰性 その他の抗酸菌 菌名 ()	INH	濃度 (μg/ml) 0.2	感	耐
	〇月〇日	-				RFP	40	感	耐
	〇月△日	-				PZA	-	感	耐
	月 日	-				SM	10	感	耐
咳痰以外の菌検査	〇月×日	±	検査中	検査中	検査中	EB	2.5	感	耐
	〇月×日	-	検査中	検査中	検査中	KM	20	感	耐
	月 日	-	検査中	検査中	検査中	EVM	20	感	耐
	月 日	-	検査中	検査中	検査中	TH	20	感	耐
			検査中	検査中	検査中	CS	30	感	耐
			検査中	検査中	検査中	PAS	0.5	感	耐
			検査未実施	検査未実施	検査未実施	LVFX	1	感	耐

今後の医療方針

(標準治療期間を超えて継続する場合は、その理由及びその他の意見を記入すること。)

1. 今回で治療を終了する 2. さらに 〇ヵ月治療が必要である 感染症の診査に関する協議会の意見(治療期間について)を聞きたい

4. その他

特に次回も申請する可能性が高い場合に記入してください。

平成26年 △△月 ××日

医療機関の所在地 **神戸市××区△△△町〇丁目□番地**

医療機関の名称 **××病院** TEL **331-8181**

医師の氏名(**内** 科) **保健 太郎**

※病型及び感染症診査協議会の意見

受理年月日	年 月 日 (FAX・郵送・持参)	受理番号	No.	37条の2 判定	承認 ・ 不承認 ・ 不合格
-------	----------------------	------	-----	-------------	----------------