

入院 外来

結核医療費公費負担申請書

年 月 日

茨城県知事（保健所長）殿

申請者の住所

申請者の氏名

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2の規定により医療費公費負担を申請します。

患者の氏名		性別 生年月日	男女 大昭 平令	年 月 日	住所	
-------	--	------------	-------------	-------	----	--

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） 生保（受給中・申請中） 後期高齢者 その他（ ）

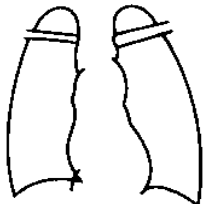
入院勧告延長要件 有 ・ 無 年 月 日 （ 延長 ・ 22条の退院 ）

添付X線写真の枚数 枚 22条退院の内容 （他疾病による入院継続・通常退院・死亡退院・その他）

診 断 書

病名	1)	2)	3)	4)
----	----	----	----	----

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	1 薬品名 INH RFP RBT SM EB PZA KM DLM TH EVM 他 () 2 1のうち局所療法に用いるもの ()	医療開始予定年月日 年 月 日 入院年月日 年 月 日
		療外科的	1 肺結核 2 結核性膿胸	1 肺虚脱療法 () 3 骨関節結核	2 空洞直達療法 () 4 泌尿器結核
骨関節結核の装具療法					
收容	日間 (術前 日間, 術後 日間)	手術予定 (実施) 年月日		年 月 日	

現症	胸部X線写真 	学会分類	その他の所見 (CT検査や肺外結核の場合は, そのX線写真略図及びその他診断根拠など)		
		r 0 b I II III IV V 1 2 3 H p 0 O p			

血液検査 (CRP)	月 日	月 日	月 日	月 日	ADA (胸水)	月 日	月 日	耐性検査	薬品 [μg/ml]	年 月
結核菌検査	検査日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		INH [0 . 2]	感 耐性
	塗抹								INH [1]	感 耐性
	培養								RFP [4 0]	感 耐性
ツベルクリン反応検査	年 月 日	IGRA検査 ()	BCG接種歴	無 有	年 月 頃			S M [1 0]	感 耐性	
	発赤 mm 硬結 mm 二重発赤 壊死	年 月 日 数値 + ± - ()						E B [2 . 5]	感 耐性	
								P Z A []	感 耐性	
								() []	感 耐性	

結核に関する既往の医療	年 月 ~ 年 月	INH	RFP	SM	EB	PZA	その他 ()
※ する既往の医療	年 月 ~ 年 月	INH	RFP	SM	EB	PZA	その他 ()
	年 月 ~ 年 月	INH	RFP	SM	EB	PZA	その他 ()

備考

この欄は、法第37条の申請の場合のみ記入すること。 結核診査協議会の意見

入所以来実施した医療の概要及び今後の医療の基本方針

年 月 日 医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名 (印)

- 記入上の注意
- 1 該当する文字については、その文字（頭数字があるときは、その数字のみとする。）を○で囲むこと。
 - 2 ※印欄は、初回申請の場合にのみ記入すること。
 - 3 「結核菌検査」欄は、過去6ヶ月間に行った検査結果を記入すること。
 - 4 肺外結核の場合は、該当部位のX線写真・CT検査を実施している場合は、一連の写真を添付してください。
 - 5 特に継続申請時など、比較できるX線写真がある場合は、前回申請時のX線写真と最新のX線写真を提出してください。
 - 6 備考欄には、合併症や副作用など医療上の問題点などを記入すること。
 - 7 公費負担医療の適用は、原則申請受付日となっておりますので速やかに保健所へ提出してください。
 - 8 は必ず記載する。
 - 9 IGRA検査()には種類を記入し、数値()には測定値を記入すること。