

結核医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

広島県知事様

申請者の氏名

申請者の住所

結核予防法（第34条・第35条）の規定により、医療費公費負担を申請します。

患者との関係

患者の氏名		性別・生年月日	男 女	明・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（保護受給中・保護申請中）	その他（ ）					
老人保健法による医療の受給資格	有		無		※	年	月	から	迄
添付のX線写真の枚数	枚	（命令入所患者の場合）入所命令書の番号			指令	第	号		

診 断 書

病名	1	2	3	医療開始予定年月日		
医療療法の種類	化学療法	1 初回治療 2 再治療 3 継続	1 抗結核薬 () 剤使用 2 副腎皮質ホルモン剤	1 薬品名 INH RFP SM EB KM TH EVM PZA PAS CS 2 1のうち局所療法（ に用いるもの 薬品名（ ）	年 月 日	
	外科的療法	1 肺結核	1 肺虚脱療法（ ）	2 空洞直達療法（ ）	3 肺切除術（ ）	
		2 結核性膿胸	4 泌尿器結核			
3 骨関節結核		5 その他（ ）				
骨関節結核の装具療法						
収容	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線写真略図	年 月 日撮影	※	※	その他の所見（肺外結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見）		
			学会分類				
			r	l	b		
			I	II	III	IV	V
			1	2	3		
			H	P	O		

血沈（1時間値）	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	耐性検査	薬品 [mcg/ml]	年 月	年 月
結核菌塗抹	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	検査	INH [1]	感 不完 完	感 不完 完
培養	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		RFP [50]	感 不完 完	感 不完 完
※ 初めて結核と診断された時期	年 月 頃	※ ツ反応陽転時期	年 月 頃	菌陰性化の時期	年 月 頃				SM [20]	感 不完 完	感 不完 完
									EB [5]	感 不完 完	感 不完 完

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

備考	1 命令入所の意見
	2 ツ反（最新のもの）陰性 陽性 強陽性 BCG接種歴 無 有（ 年 月頃）
	3 その他

この欄は、法第35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	
---------------------------	--

令和 年 月 日	医療機関の所在地
	医療機関の名称
	医師の氏名

記入上の注意

- 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。
- ※印欄は、初回申請の場合にのみ記入すること。
- ※印欄は、記入しないこと。
- 「血沈」及び「結核菌検査」欄は、過去6か月間に行った検査結果を記入すること。ただし、法第34条の場合「血沈」欄は、直近の検査結果のみを記入すれば足りること。
- 「備考」欄は、①命令入所に関する意見、②15才以下の患者については既往のツベルクリン検査の成績及びBCG接種歴の有無、③再治療の場合の意見、④その他参考となるべき事項を記入すること。なお、生保患者について入院を要する場合は、その理由を記入すること。
- 生保患者の場合には、この診断書の写しを生活保護法による診療要否意見書又は結核入院要否意見書として福祉事務所が使用するので、診断書及びその写し各1通を保健所に提出すること。
- 継続申請する場合は、申請書にX線写真その他関係書類を添えて患者票の有効期限2週間前までに必ず管轄の保健所長あて申請してください。