

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

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1項 第37条の2第1項 の規定により、
医療費公費負担を申請します。

申請者の個人番号

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	個 人 番 号					
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の給付の受給資格	有	無	※	年	月	日から
添付のX線写真の枚数	枚	(入院勧告・措置患者の場合)入院勧告書(措置通知書)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 学 療 法	1 初 回 治 療	1 抗結核薬(①~④のうちいずれかに○かつ { } 内はいずれか一つの薬剤のみとし該当するものに○) ① PZAを使用する標準治療 INH, RFP(RFPが使用できない場合RBT), PZA, {SM E B} ② PZAを使用しない標準治療 INH, RFP(RFPが使用できない場合RBT), {SM EB} ③ 潜在性結核感染症の治療 {INH RFP} ④ その他の治療 INH, {RFP RBT}, EB, PZA, TH, {SM KM EVM}, PA S, CS		年 月 日	
	2 再 治 療			入 院 年 月 日	
	3 継 続			年 月 日	
外 科 的 療 法	1 肺 結 核	2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名()		
	2 結核性膿胸	3 骨関節結核	4 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	※	※	学会分類		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)					
		r	l	b	I	II	III	IV	V	1	2
		H	Pl	Op							

結核菌検査	塗抹	月 号	月 号	月 号	月 号	月 号	月 号	薬品 [mcg/m ¹]	年 月	年 月
	培養	月 個	月 個	月 個	月 個	月 個	月 個	INH [0.2]	感 耐	感 耐
※初めて結核と診断された時期		年 月 頃						RFP [4.0]	感 耐	感 耐
Q F T 検査		陽性		疑陽性		陰性		SM [1.0]	感 耐	感 耐
ツ 反 応		× (×) (水疱・壊死・出血)判定						EB [2.5]	感 耐	感 耐
								() []	感 耐	感 耐
								() []	感 耐	感 耐
備 考										

この欄は、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1項の申請の場合のみ記入すること。 ※ 感染症診査協議会の意見

入院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 ㊟

注 1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第16条の規定により、個人番号の提供の際は、本人確認に必要な書類を提示し、又はその写しを提出すること。

2 申請者及び医師は、その氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。

3 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。

4 ※印欄は、初回申請の場合にのみ記入すること。

5 ※ 印欄は、記入しないこと。

6 「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。

7 「備考」欄は、①既往のツベルクリン検査の成績及びBCG接種歴の有無、②再治療の場合の意見、③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。

8 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。

9 法第37条の2第1項の継続申請をする場合は、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に申請すること。

10 用紙の大きさは、日本産業規格B列4とする。