

結核医療費公費負担申請書

年 月 日

秋田県知事 あて

申請者の氏名

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。

申請者の個人番号

医療費公費負担による患者票の交付について指定医療機関あてに送付することに
 { 同意します。 ・ 同意しません。 }

申請者の住所

患者との関係

ふりがなをつけること 患 者 の 氏 名	性 別 生年月日	男 女	年 月 日 満 歳	住 所	電 話
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 生保（保護受給中・保護申請中） その他（ ）				
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格			有 ・ 無		
個 人 番 号					

診 断 書

病 名 ※結核及び結核の回復に関連ある疾患をすべて記入して下さい。

1. 2. 3.

非定型抗酸菌症	有（菌種 ）・無	合併症	1 塵肺(含珪肺) 2 糖尿病 3 低肺機能 4 肝障害 5 その他()
---------	---------------------------	-----	--

治 療 方 針 ※○印を記入して下さい。	1. 診査協議会の意見をうかがいたい。
	2. 化学療法のみでよい。
	3. 一応化学療法を実施したうえで、その後の方針をきめたい。
	4. 外科療法を実施したい。(化学療法では効果期待できない。)
	5. 化学療法、外科療法とも効果が期待できないが、悪化防止の為化学療法を実施したい。
	6. そ の 他 ()

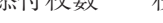
化 学 療 法 終 了 の 時 期 ※○印を記入して下さい。	1. 治療を継続したい。	☐ 終了予定	年	月	☐ 未定
	2. この申請を最後として化学療法を終了する。	☐ 終了予定	年	月	☐ 未定
	3. 化学療法の時期については、診査協議会の意見を伺いたい。				

医療法の	化学療法	1 初回診療	1 抗結核薬	1 薬品名 ※○印を記入して下さい。 INH RFP SM EB PZA LVFX KM TH EVM PAS CS DLM	経過	発病の時期	年	月	日
		2 再治療	() 剤使用			初診の時期	年	月	日
		3 継続	※種類数を記入して下さい。	2 1のうち局所療法に用いるもの ※記入して下さい。()		診断の時期	年	月	日
		※○印を記入して下さい。		医療開始時期		年	月	日	
		2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名 ※記入して下さい。()	今回の医療開始時期		年	月	日	
				①入院年月日		年	月	日	
				②外来治療中					

種	外科療法	該当する病名（ ） 医療の内容（ ）

骨関節結核の装具療法	(とりつける装具の種類を記入して下さい)
------------	----------------------

類	上記療法に必要な入院	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線写真真略図	添付枚数 枚  年 月 日撮影	学 会 分 類 <i>r</i> <i>ℓ</i> <i>b</i> I II III IV V 1 2 3 H Pℓ Op	その他の所見（肺結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見）

[illegible]

IGRA検査(QFT・T-SPOT) ※○印を記入して下さい。	年 月 日	陽 性 ・ 判定保留 ・ 陰 性 ・ 判定不可	性 印を記	L B mcg/ml (○感・□耐)	mcg/ml (○感・□耐)
			P Z A mcg/ml (□感・□耐)	mcg/ml (□感・□耐)	

ツ反検査	最新のもの	過去のツ反歴	B C G接種歴	入して下さい。 試験	LVFX	mcg/ml (□感・□耐)	mcg/ml (□感・□耐)
	年月日	年 月 日	なし		()	mcg/ml (□感・□耐)	mcg/ml (□感・□耐)
	大きさ	発赤長径 () mm	あり		()	mcg/ml (□感・□耐)	mcg/ml (□感・□耐)
	副反応	硬結・二重・水ほう・壊死	(年 月 日)		()	mcg/ml (□感・□耐)	mcg/ml (□感・□耐)

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

備	考	1 入院勧告への意見 2 その他
---	---	---------------------

※ 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（法第37条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
---	-------------

年	月	日	医療機関所在地
			医療機関名称
			医師の氏名

記載上の留意点については裏面を参照してください。



〈結核医療費負担申請書及び診断書の記載上の留意点について〉

* 公費負担	・ 第37条（入院患者の医療）又は第37条の2（結核患者の医療）のいずれかに○を付してください。
* 被保険者等の別	・ 保険証を確認のうえ、該当する保険に○を付してください。変更があった場合は、患者票を添えて保健所へご連絡ください。
* X線写真等の添付	・ 感染症診査協議会の開催日前3か月以内に撮影された直接写真、特殊撮影写真（断層写真等）、及び過去のX線写真を添付してください。なお、継続申請の場合は、発病時・現在から6か月前・現在から3か月以内のX線写真も添付してください。 ・ 肺外結核であっても、新規申請時は胸部X線写真等を添付してください。（継続の場合も撮影していたら添付してください。）
* 治療方針	・ 該当する項目に○を付してください。
* 化学療法終了の時期	・ 該当する項目に○を付してください。
* 病名	・ 診断名を記入してください。 ・ 非定型抗酸菌症の場合は、有に○を付してください。 ・ 予防内服の場合は、病名を潜在性結核感染症（初感染結核）としてください。 ・ 合併症については、該当項目に○を付してください。
* 医療の種類	・ 該当する項目に○を付してください。 ・ 過去に1か月以上の服薬治療が確認できる場合は、再治療」に○を付してください。 ・ 薬品名は、該当する薬品すべてに○を付してください。 ・ 法第37条の2の規定に基づく医療費公費負担の開始は、原則として保健所受理日からとなります。 ・ 病状によっては感染症診査協議会の審議により承認されないこともあります。 ・ 外科的療法が必要な場合は、収容期間、手術年月日を必ず記入してください。
* 現症	・ 胸部X線写真略図、撮影年月日は必ず記入してください。 ・ 肺外結核であっても、胸部X線写真がありましたら記入してください。 ・ 学会分類は日本結核病学会病型分類で記入してください。 ・ その他の所見については必要に応じて記入してください。 また、感染症診査協議会から照会された場合については、その内容についても記入してください。
* 結核菌検査	・ 新登録時は3日間連続の菌検査状況、継続申請時は6か月前からの菌検査状況を記入してください。 ・ 検体の種類については、喀痰・胃液・気管支洗浄液等具体的に記入してください。
* 薬剤感受性試験	・ 必ず記入してください。
* その他	・ 潜在性結核感染症（初感染結核）については、できるかぎり過去の「ツベルクリン反応検査歴」、「BCG接種歴」を確認し、記入してください。

＊ 診断書はもれなく記載してくださるようお願いします。（申請時に、検査結果が出ていない場合は、検査結果が出た時点でお知らせくださるようお願いします。）

＊ 法第37条、法第37条の2の医療費公費負担継続申請について
終期に達する前に、居住地を管轄する保健所の感染症診査協議会までに申請してください。（事前申請としてください。）

＊ 医療内容の変更等について
患者票の「医療の種類」に記入されたもの以外の医療が必要になったときは、あらためて公費負担申請を行ってください。
なお、この申請を行う場合には、患者票を必ず添付してください。

＊ 患者票の返納について
公費負担の承認期間が満了したとき、または秋田市や県外に転居したときは、速やかに患者票を保健所へ返納してください。

＊ 治療終了後、治療中断者の連絡について
結核治療が終了となった者や、治療中断している者については、連絡票にて保健所までお知らせくださるようお願いします。
なお、治療終了の際は、患者票を必ず添付してお知らせください。