

# 結核医療費公費負担申請書

千葉県知事 様

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条の2の規定により、医療費公費負担を申請します。

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ ※1

患者との関係 続柄 ( 本人 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

患者住所 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 歳

※1：患者本人が自ら自署により申請した場合は押印不要

|         |  |                 |
|---------|--|-----------------|
| 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)<br>後期高齢者 生保 (保護受給中・保護申請中) その他 ( _____ ) | 添付写真の枚数 _____ 枚 |
|---------|--|-----------------|

## 診 断 書

|                        |          |          |              |     |       |
|------------------------|----------|----------|--------------|-----|-------|
| 病 名                    | 1. _____ | 2. _____ | 3. _____     | 合併症 | _____ |
| 当該申請における治療開始日：令和 年 月 日 |          |          | 入院日：令和 年 月 日 |     |       |

|      |         |       |   |  |
|------|---------|-------|---|--|
| 治療内容 | 1. 初回治療 | 化学療   | 抗結核剤<br>( _____ ) 剤使用   | INH・RFP・RBT・SM・EB・KM・TH<br>EVM・PZA・PAS・CS<br>うち局所療法に使用する薬剤 ( _____ ) |
|      | 2. 継続   | 法     | 副腎皮質ホルモン剤   | 薬剤名 ( _____ )  |
|      |         | 外科的療法 | 1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核 4. 泌尿器結核 5. その他 ( _____ )<br>手術 ( 予定 ・ 実施 ) _____ 年 月 日 ( 内容 : _____ ) |  |

|        |         |  |                                      |
|--------|---------|--|--------------------------------------|
| 胸部X線写真 |         | 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 ) |
|        | 年 月 日撮影 | r l b<br>I II III IV V O<br>1 2 3<br>H p l O P |                                      |

|                |                     |             |     |              |              |              |              |              |              |
|----------------|---------------------|-------------|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 菌検査            | 診断時：連続喀痰菌検査         | 実施日         | 月 日 | 月 日          | 月 日          | 月 日          | 月 日          | 月 日          |              |
|                | 塗抹G 号 ( 月 日 )       | 診<br>断<br>後 | 検 体 | 喀痰・( _____ ) | 喀痰・( _____ ) | 喀痰・( _____ ) | 喀痰・( _____ ) | 喀痰・( _____ ) | 喀痰・( _____ ) |
|                | G 号 ( 月 日 )         |             | 塗 抹 | 号            | 号            | 号            | 号            | 号            | 号            |
|                | G 号 ( 月 日 )         |             | 培 養 | 個/週          | 個/週          | 個/週          | 個/週          | 個/週          | 個/週          |
|                | PCR ( - + ) ( 月 日 ) |             | PCR | - +          | - +          | - +          | - +          | - +          | - +          |
| 他の検体 ( _____ ) |                     |             |     |              |              |              |              |              |              |

|                                 |   |                                     |                 |                |                 |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| ※2<br>ツベルクリン<br>反応検査<br>(最新のもの) | 実施日 年 月 日<br>発赤 × mm, 硬結 × mm<br>副反応<br>( 二重発赤, リンパ管炎, 水疱, 出血, 壊死 ) | 耐性検査 ( 薬剤 [ μ g / m l ] ) 実施日 年 月 日 |                 |                |                 |
|                                 |   | INH [0.2]<br>感・耐                    | RFP [40]<br>感・耐 | SM [10]<br>感・耐 | EB [2.5]<br>感・耐 |

|             |   |   |                |            |            |
|-------------|---|---|----------------|------------|------------|
| ※3<br>QFT検査 | 実施日 年 月 日<br>陰性・判定保留・陽性<br>陰性コントロール ( _____ IU/mL)<br>刺激抗原 (Ag) ( _____ IU/mL)<br>陽性コントロール ( _____ IU/mL) | PZA [ ]<br>感・耐  | RBT [ ]<br>感・耐 | [ ]<br>感・耐 | [ ]<br>感・耐 |
|             |   | ※5 結核の治療歴   |                |            |            |
|             |   | 治療歴 ( 無 ・ 有 )<br>S・H・R 年 月 ~ 年 月 ( _____ )<br>S・H・R 年 月 ~ 年 月 ( _____ ) |                |            |            |

|            |                               |
|------------|-------------------------------|
| ※4<br>BCG歴 | 1. 有 ( S・H・R 年 月 ) 2. 無 3. 不明 |
|------------|-------------------------------|

|     |  |
|-----|--|
| 備 考 |  |
|-----|--|

令和 年 月 日

医療機関 所在地 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

医療機関 名称 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

- 申請上の注意
- 該当する項目又は数字を○で囲んでください。
  - CT等がありましたら、一連の写真を添付してください。
  - 菌検査欄は、過去6ヶ月間に実施した検査結果を記入してください。
  - 診断後の菌検査結果については、最新のものから左より記入してください。
  - 継続申請の場合は、必ず初回申請時、前回申請時のX線写真と最新のX写真を提出してください。
  - 肺外結核の場合は、必ず胸部X線写真の他に、該当部位のX線写真も一緒に提出してください。
  - ※2・※3は、実施した場合は記入してください。(初回申請時のみ)
  - ※4・※5は、初回申請時のみ記入してください。