

結核医療費公費負担申請書

平成 年 月 日

栃木県 保健所長 様

(フリガナ) 申請者氏名

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)の規定により公費負担を申請します。

申請者住所 患者との関係

患者の氏名 (フリガナ) 男 女 明・大・昭・平 年 月 日生 住所 TEL () 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] ・ 後期高齢者医療 ・ 生保 [受給中・申請中] ・ その他 [] 入院外来別 入院 ・ 外来

添付エックス線写真 (枚数) 枚 添付書類 入院勧告による入院 (法第37条) 時、別紙世帯調書 (世帯全員の住民票・世帯全員の所得税を証明する書類 (源泉徴収票、納税証明書等))

診 断 書

病名 1 2 3 合併症: 医療の種類 化学療法 1 初回治療 2 再治療 3 継続 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 3 骨関節結核 4 泌尿器結核 5 その他 () -> () 手術予定 (実施) 年月日 年 月 日 収 容 日間 (術前) 日間 術後 日間

現 症 胸部 X 線写真略図 (年 月 日撮影) 経過及び所見・診断根拠 (肺外結核の場合、その X 線写真略図及びその所見)

Table with columns for Tubercle Test Results (結核菌検査結果) and Drug Sensitivity Test (薬剤感受性検査). Includes rows for culture types (塗抹培養 PCR) and drug concentrations (INH, RFP, SM, EB, KM, RBT, CPM, EVM, TH, CS, PAS).

最新のツベルクリン反応検査 硬結 × (二重発赤 ×) 発赤 × (水泡・壊死・出血・リンパ管炎) Q F T 陽性・判定保留・陰性 BCG 接種 無 有 -> 年 月 頃

初回申請の場合 結核に関する既往の医療 初めて診断された時期 年 月 頃 (医療機関名:) ツ反応陽転時期 年 月 頃 年 月 ~ 年 月 INH RFP PZA SM EB その他 ()

治療方針 (今後の医療方針) 1 化学療法でよい。 2 この申請を最終として化学療法を終了する。 3 化学療法の内容について、感染症診査協議会の意見を聞きたい。 4 その他 ()

平成 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 TEL () 医師の氏名 印

☆お願い (1) 添付の X 線写真は申請前 3 ヶ月以内に撮影したものを、また、継続申請の場合は前回の申請時に提出した X 線写真も提出してください。(2) 公費負担開始は原則として、申請書を保健所が受け付けた日からとなりますのでご注意ください。 なお、37条申請時は、医療開始直後(初回申請)、3か月後、6か月後(以後3か月おき)に申請用紙全体に記入。 それ以外は、太線枠内のみ記入してください。

Table for medical examination results (診査会の意見) and classification (※学分会分類等). Includes columns for symptoms (活動性・不活動性, 初感染・非定型抗酸菌(陽性)) and a stamp area (保健所受付印).