


結核医療費公費負担申請書										年 月 日	
栃木県 保健所長 様						(フリガナ) 申請者氏名		患者との 関係			
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。						申請者の 個人番号					
(フリガナ) 患者の氏名		住 所 〒				申請者住所 〒					
		TEL ()									
生年月日	年 月 日	性別	男・女	患者の個人番号							
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 []											
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	1 抗結核薬	(1) 薬品名 INH RFP PZA SM EB LVFX KM RBT TH EVM PAS CS DLM BDQ						医療開始 年 月 日	
		2 再治療	() 剤使用	(2) (1)のうち局所療法に用いるもの ()						入 院 年 月 日	
		3 継続治療	2. 副腎皮質ホルモン剤	薬品名 ()							
	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 () → ()						骨関節結核 の装具療法			
手術予定 (実施) 年月日		年 月 日		入院予定		日間 (術前		日間、術後		日間)	
現 症	胸部 X 線写真略図 		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)								
菌 検 査 結 果	結 核 菌	検体採取日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	検査実施月日 月 日		
		検体種類	喀痰・()	喀痰・()	喀痰・()	喀痰・()	喀痰・()	喀痰・()	薬剤 (mcg/ml)		耐性の有無
		塗 抹	- + (G 号)	- + (G 号)	- + (G 号)	- + (G 号)	- + (G 号)	- + (G 号)	I N H [0.2]	無・有	
培 養	個 (週)	個 (週)	個 (週)	個 (週)	個 (週)	個 (週)	R F P [4.0]	無・有			
PCR 等							S M [1.0]	無・有			
							E B [2.5]	無・有			
							P Z A []	無・有			
							[]	無・有			
結核菌や非結核性抗酸菌同定検査を実施した場合は、検査結果を御記入ください。											
最新のツベルクリン反応検査		硬結 × (二重発赤 ×)		検査日 月 日		IGRA 検査 (QFT・T-SPOT)		BCG 無		有→ 年 月頃	
初回申請の場合		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			
既往の結核医療		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 ()									
年 月 日		医療機関の所在地				TEL ()		印			
		医療機関の名称									
		医師の氏名									

☆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理した日からとなります。
 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。

診 査 会 の 意 見	※第 37 条の 2 の申請の場合：医療内容 (適・不適)	※ 学 会 分 類 等	r	l	b	A	1	保健所受付印				
			0	I	II				III	IV	B	2
			V 1 2 3 H P I O P						C	3		
活動性・不活動性 初感染・非定型抗酸菌(陽性)					D							

