（第１号様式）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（B4サイズで使用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理 | 　　　年　月　日 | 診査会の　指示事項 | １　断層写真 | ２　鮮明写真 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日　診査 | 公費負担 |  | 所長 |  |
| 受理番号 |  | ３　結核菌検査 | ４　耐性検査 | 新規 | 継続 | 解除 |
| 患者票番号 |  | ５　ツ反検査外 | ６　経過観察 | 可　決 | 否　決 | 課長 |  |
| 通知書番号 |  |  |  | 前回満了日 | 　　年　　月　　日 | 承　認 |
| 患者区分 | 自己負担額　　　　　　　　　　　　円 | 係長 |  |
| 添付書類（該当するものに〇をつける） | 本人分１　保護証明書２　非課税証明書３　課税額証明書４　源泉徴収票５　納税証明書 | 家族分１　保護証明書２　非課税証明書３　課税額証明書４　源泉徴収票５　納税証明書 | 今回期間 | 　　　年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで |
| 不承認 |
| 係 |  |

|  |
| --- |
| **結核医療費公費負担申請書**　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　鹿児島市長 　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 　　　 　　　　　　　　住所　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　（　第37条・第37条-2 ）　の規定により、医療費公費負担を申請します。　　 個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者との関係（本人又は保護者に限る）  |
| 患者氏名 |  | 男女 | 　　年　　月　　日生 | 住所 |  | 個人番号 |  |
| 　　（　　　 歳） |
| 保険者等の種別 | 健保（本人・家族）　　 国保（一般・退職・退職家族）　　 後期高齢者医療保険　 　生活保護（受給中・申請中） その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 添付Ｘ線写真の枚数 | 枚 | （入院勧告による入院患者の場合） 入院勧告番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| **診　　　　　　　　　　　断　　　　　　　　　　　書** |
| 病　名 | １　　　　　　　　　　 　　　　２　　　　　 　 　　　　　　　　３ |
| 治 療方 針 | １ 新規：標準化学療法を実施したい。２　新規：標準化学療法を実施できない。（理由　　　　　　　　　　　　　）３　新規：ＰＺＡを使用する。 | ４　新規：ＰＺＡを使用しない。５　継続：今後（　　）か月の化学療法を実施したい。６　その他： |
| 医　療　の　種　類 | 化学療法 | １　初回治療２　再治療３　継　続 | １ 抗結核薬（　　　　　）剤使用 | １　薬品名ＩＮＨ　 ＲＦＰ　 ＳＭ　 ＥＢ　 ＰＺＡその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）２　１のうち局所療法に用いるもの(　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | 医療開始予定年月日 |
| 　　　　年　　月　　日 |
| 入 ・ 退　院　年　月　日 |
| 　　　　年　　月　　日 |
| （注）ＰＺＡは初回治療の２か月のみ使用 |
| ２ 副腎皮質ホルモン剤 | 薬品名（　　　 　　　　　　　　） |
| 外科的療法 | １ 肺結核 |  | 　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(　　年　　月　　日撮影) | ※※　　学 会 分 類 | 医療の概要（根拠）及び今後の医療方針、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　 　　ｂⅠ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ１　　 　２ 　　　３Ｈ　 　Ｐℓ 　　OP |
| 結核菌検査 | 検体の種類 |  |  |  |  |  |  | IGRA検査 | 薬剤感受性検査 | 薬品〔mcg/mℓ〕 | 年　　月 | 年　　月 |
| 塗　抹 | 月　　日　　号・未実施 | 月　　日　　号・未実施 | 月　　日　　号・未実施 | 月　　日号・未実施 | 月　　日　　号・未実施 | 月　　日　　号・未実施 | QFT・T‐spot 月　　日陽性・陰性 | ＩＮＨ〔0.2〕ＲＦＰ〔40〕ＳＭ　〔10〕ＥＢ 〔2.5〕（　　 ）〔　　〕（　　 ）〔　　〕（　　 ）〔　　〕（　　 ）〔　　〕 | 感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐 | 感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐感 ・ 耐 |
| 培　養 | 月　　日　　個 | 月　　日個　 | 月　　日個　 | 月　　日個　 | 月　　日　個　 | 月　　日　個　 |
| その他(　　　　　) | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| 抗結核薬の副作用に関する検査結果・所見 | 肝機能検査・視力検査・その他について |  |  |
| ※ 結核に関する既往の医療 | 年　　 月 ～ 　　 年　　 月　　　INH　RFP　SM　EB　PAS　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )年　　 月 ～ 　　 年　　 月　　　INH　RFP　SM　EB　PAS　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )年　　 月 ～ 　 　年　　 月　　　INH　RFP　SM　EB　PAS　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |  |  |  |  |  |  |
| 備 考 | 硬結　　 ×　　１ 最終ツ反（　年　月　日） 発赤　　 × （二重発赤　　 ×　　　）　（ 水疱，壊死，出血 ）　（判定 ＋　++ +++ ） ２ ツ反陽転歴（　　年　 月　 日）　　　ＢＣＧ接種歴　（１ 有〔　　年　　月〕　２ 無　３ 不明 ） ３ 入院についての意見  ４ その他 |
|
|
| ※　初めて結核と診断された時期 | 年　　月頃 | ※　ツ反応陽転時期 | 年　　月頃 | 菌陰性化の時期 | 年　　月頃 | ※※　結核診査協議会の意見 |
| 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 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 医療機関　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　名　　　称　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　 　 　　 　 |

(注） 　１ 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）を〇で囲む。

２ ※印欄は，初回申請時に記入すること。

３ 「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。

４ 「備考」欄は既往のツベルクリン反応検査の成績及びＢＣＧ接種歴等の有無等その他参考となるべき事項を記入すること。

５　再申請を行う時は，前回の診査会で提出したＸ線写真又は電子媒体を添付すること。