（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　 　　ｂ  Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ  １　　 　２ 　　　３  Ｈ　 　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。