

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				
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	添付書類 (該当するものに○をつける)	本人分	家族分	今回期間	年月日から 年月日まで		不承認	係長
			1 保護証明書	1 保護証明書					
			2 非課税証明書	2 非課税証明書					
			3 課税額証明書	3 課税額証明書					
			4 源泉徴収票	4 源泉徴収票					
			5 納税証明書	5 納税証明書					

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
(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。

住所

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 (歳)	住所	個人番号
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	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
		2 再治療	2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名()	入・退院年月日 年月日
	3 継続			(注)PZAは初回治療の2か月のみ使用	
	外科的療法	1 肺結核	2 結核性膿胸	4 その他	年月日
		3 骨関節結核			
	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)														
		<table border="0"> <tr><td>r</td><td>l</td><td>b</td></tr> <tr><td>I</td><td>II</td><td>III</td></tr> <tr><td>IV</td><td>V</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>H</td><td>P0</td><td>OP</td></tr> </table>	r	l	b	I	II	III	IV	V		1	2	3	H	P0	OP
r	l	b															
I	II	III															
IV	V																
1	2	3															
H	P0	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	年月日 号・未実施	年月日 号・未実施	年月日 号・未実施	年月日 号・未実施	年月日 号・未実施	年月日 号・未実施	QFT・T-spot 月 日		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	
	培養	年月日 個	年月日 個	年月日 個	年月日 個	年月日 個	年月日 個	陽性・陰性					
	その他 ()	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日						
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	年月 ~ 年月	年月 ~ 年月	INH RFP SM EB PAS その他()
	年月 ~ 年月	年月 ~ 年月	年月 ~ 年月	INH RFP SM EB PAS その他()
	年月 ~ 年月	年月 ~ 年月	年月 ~ 年月	INH RFP SM EB PAS その他()

備考	1 最終ツ反(年月日) 硬結 × 2 ツ反陽転歴(年月日) 発赤 × (二重発赤 ×) (水疱, 壊死, 出血) (判定 + ++ +++) 3 入院についての意見 4 その他 BCG接種歴 (1 有[年月] 2 無 3 不明)
----	---

※ 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						

年月日	医療機関 所在地 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○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。