

年 月 日

結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書

殿

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条の2の規定により医療費公費負担を申請します。

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施行細則第19条に基づく医療費助成(新規認定・更新)を申請します。

申請者氏名 _____
 申請者住所 _____ 電話 () _____
 患者との関係 _____
 申請者個人番号 _____

患者の個人番号 _____
 (申請者が患者本人である場合は、左欄に記入)

フリガナ患者氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (歳) _____
 保健所記入欄 発生動向調査コード _____

住 所 _____ 電話 _____

保 険 種 類 1 社保本人 2 社保家族 3 国保 4 後期高齢 5 生保(受給中) 6 生保(申請中) 7 自費・その他() 8 不明

添付エックス線写真の枚数 _____ 枚 貴院カルテNo. _____

診 断 書

I 病 名 _____

II 経 過

(1) 発病の時期 _____ 年 月 日 (2) 初診の時期 _____ 年 月 日
 (3) 診断の時期 _____ 年 月 日 (4) 医療開始時期 _____ 年 月 日

III 現在の受診状況

(1) 1 入院中 _____ 2 外来治療中 _____
 入院年月日 _____ 年 月 日

(2) 入院理由(結核・結核外 [_____])
 (3) 合併症
 1 じん肺 2 糖尿病 3 低肺機能 4 肝障害 5 高血圧症 6 その他() _____
 (4) 非定型抗酸菌症 1 有 2 無

IV 治療方針

1 化学療法のみでよい。
 2 一応化学療法を実施した上で、その後の方針を決める。
 3 外科的療法を実施する(化学療法では効果が期待できない)。
 4 化学療法、外科的療法とも効果が期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施する。
 5 その他() _____

V 化学療法終了の時期

1 この申請を最後として化学療法を終了する。
 2 治療をなお継続する必要がある。
 3 つぎのように考えるが、感染症の診査に関する協議会の意見を聞きたい(終了・継続)。
 化学療法の開始日 (年 月) (中断または再治療の場合は再開日)

VI ツベルクリン反応・QFT等

(1) ツベルクリン反応(最新のもの) _____ × _____ (×) _____
 (判定日 _____ 年 月 日)

(2) ツベルクリン反応陽転時期 _____ 年 月
 (3) BCG接種歴 1 有(_____ 年 月頃) 2 無 3 不明
 (4) リンパ球の菌特異蛋(たん)白刺激による放出インターフェロンγ試験(QFT等)
 1 陽性 2 判定保留 3 陰性(実施日 _____ 年 月 日)

VII 結核に関する既往医療

(1) 今回の治療 1 ①初回治療 ②継続治療 2 再治療 3 不明
 (2) 再治療の場合、既往医療
 年 月～年 月 INH RFP PZA SM EB LVFX その他():医療機関名()
 年 月～年 月 INH RFP PZA SM EB LVFX その他():医療機関名()
 年 月～年 月 INH RFP PZA SM EB LVFX その他():医療機関名()

VIII 今回の治療内容

(1) 化学療法 _____ 年 月 日から 抗結核薬() 剤使用
 1 INH 2 RFP 3 RBT 4 PZA 5 SM 6 EB 7 LVFX 8 KM 9 TH 10 PAS
 11 CS 12 DLM 13 BDQ 14 その他()
 1 から14までのうち局所療法に用いるもの()
 (2) 副腎(じん)皮質ホルモン剤の使用の有無 1 有(薬品名 _____) 2 無
 (3) 外科的療法 1 肺結核 2 結核性膿(のう)胸 3 泌尿器結核 4 骨関節結核
 5 その他() _____
 方法等 [_____]
 手術予定(実施)時期(_____ 年 月 日)
 外科手術のための入院 日間(術前 _____ 日から 術後 _____ 日まで)

IX 検 査

(1) 菌所見(検査中のものは、当該検査の欄へその旨を御記入ください)。
 検体記号(1-1痰(たん) 1-2胃液 1-3喉頭粘液 2-(1)気管支洗浄液
 2-(2)経気管支肺生検 3尿 4膿(うみ) 5穿(せん)刺液 6-(1)組織 6-(2)他)


検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法:PCR法等(検体記号)	検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法:PCR法等(検体記号)
/ /			菌	法()	/ /			菌	法()
/ /			菌	法()	/ /			菌	法()
/ /			菌	法()	/ /			菌	法()

(2) 菌陰性化時期 _____ 年 月 日
 (3) 薬剤耐性試験成績

	治療開始時/実施 _____ 年 月	最新(実施 _____ 年 月)
SM	μg/ml (耐性・感受性)	μg/m (耐性・感受性)
INH	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)
RFP	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)
EB	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)
	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)
	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)

X 最新のエックス線およびCT所見

(1) エックス線写真略図およびその他の所見(肺外結核の場合も同様)



(2) 撮影時期 _____ 年 月 日
 (3) 学会分類

部 位	①r	②l	③b	⑨該当なし
性 状	①I	②II	③III	④Pl ⑤H
拡がり	⑥Op	⑦IV	⑧V	⑨0
	①1	②2	③3	⑨該当なし

(4) CT所見(必要に応じて) _____ 撮影時期: _____ 年 月 日

備考 _____

年 月 日 医療機関所在地 _____ 医療機関の名称 _____ 電話 () _____ 医師名 _____
※署名または記名押印のこと。

注意 1 該当する文字については、その文字(頭数があるときは、その数字とする。)を○で囲んでください。
 2 生活保護を受けている患者その他これに準ずる者の場合は、この申請書を2部(1部は写し)提出してください。
 3 継続申請する場合は、エックス線写真その他関係書類を添えて、患者票の有効期限の2週間前までに必ず住所地を所管する保健所長宛て再申請してください。

保 健 所 記 入 欄
 発生動向調査コード _____

治 療 区 分 _____

結 核 薬 _____

副腎(じん)皮質ホルモン _____

最 新 塗 抹 _____

最 新 培 養 _____

1 陽性
 2 陰性
 3 検査中
 4 未実施
 5 不明

1 陽性
 2 陰性
 3 検査中
 4 未実施
 5 不明
 6 非定型抗酸菌

検 体 の 種 類 _____

薬 剤 耐 性 _____

1 INH, RFP
 2 INHのみ
 3 RFPのみ
 4 その他のみ
 5 耐性なし
 6 不明

学 会 分 類 _____

部 位 _____

性 状 _____

拡 が り _____