

記入上の注意

1. 該当する文字については、その項目(頭に数字があるときは、その数字のみとする)を○で囲むこと。
2. ※印欄は、記入しないこと。
3. この申請書の公費負担の承認開始日は、保健所が申請を受理した日(郵送の場合消印日)となりますので、ご注意ください。

感染症患者(結核・通院*)医療費公費負担申請書(法第37条の2)										年	月	日			
大阪府知事・_____市長様										申請者の氏名 _____ (保護者の個人番号) _____					
(大阪市・堺市・高槻市・東大阪市・豊中市・枚方市・八尾市・寝屋川市は各市長に申請のこと。)										申請者の住所 _____					
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。										患者との関係 _____ TEL _____					
(ふりがな)		個人番号 _____		男	明・大	年	月	日生	歳	住	TEL _____				
患者の氏名		_____		女	昭・平・令					TEL _____					
被保険者の別		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(保護受給中・保護申請中)		その他()					
健保、国保、後期高齢等加入医療保険の記号・番号		_____		_____		_____		添付X線写真の枚数 _____		□フィルム 枚 □CR(CD/DVD)					
※CT所見により結核診断がなされた場合は、CTフィルムを必ず添付すること。※継続申請の際には、前回申請時のフィルムも必ず添付すること。															
診 断 書															
病名	1	2					3								
医療の種類	化学療法	1. 初回治療		(1)抗結核薬 ()剤使用			(2)副腎皮質ホルモン剤 (有・無)		医療開始予定年月日						
		2. 初回治療の継続		INH RFP RBT PZA SM EB			薬品名 _____		年 月 日						
外科的	1.肺 2.肺外	3. 再治療		KM EVM TH CS PAS LVFX DLM BDQ			上記のうち局所療法に用いるもの ()		入院開始年月日						
		4. 再治療の継続		_____			_____		年 月 日						
手術予定年月日		_____		術式及び治療内容(骨・関節結核の装具療法を含む)		_____		手術予定年月日		外科的療法に必要な収容期間					
術前 日間		_____		_____		_____		術後 日間		_____					
合併症	1. 結核 治療歴など具体的に()							BCG接種歴		有・無・不明 (最終接種 歳時)					
	2. 糖尿病 □経口薬服用 □インスリン使用							結核患者との接触		有・無・不明 (有の場合の詳細)					
3. 肝疾患 □B型肝炎 □C型肝炎 □アルコール性肝障害 □肝硬変 □その他()															
4. 腎疾患() 5. 悪性腫瘍()															
6. 免疫系疾患()															
7. ステロイド使用()															
8. その他()															
(該当する数字に○。□は該当すればチェック。)															
現病歴	呼吸器症状の有無 (有・無)			呼吸器症状の出現時期(年 月 日)			医療機関に初診の時期(年 月 日)			結核と診断された時期(年 月 日)					
現症	肺結核・肺外結核(胸部等)エックス線略図及び臨床所見			_____			_____			_____					
ツ反			_____			_____			_____						
特にLTBI治療の場合			_____			_____			_____						
測定値			QFT			T-SPOT			_____						
Nil: _____ IU/ml			TB1-Nil: _____ IU/ml			ESAT-6: _____			CFP10: _____						
TB2-Nil: _____ IU/ml			Mitogen-Nil: _____ IU/ml			菌陰性の場合の診断の根拠(結核性胸膜炎の場合はADA数値等を記載のこと)			_____						
結核菌検査				診断時の核酸増幅同定検査				培養後の抗酸菌同定検査				薬剤感受性検査成績			
検体採取日	検体の種類	塗抹	培養	検査法(PCR法・ _____ 法)				検査法(核酸同定・ _____ 法)				採取日	年 月 日		
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	結核菌 (M. tuberculosis) 陽性・陰性				結核菌 (M. tuberculosis) 陽性・陰性				薬剤名	濃度(μg/ml)	感受性	
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	その他の抗酸菌 菌名 _____				その他の抗酸菌 菌名 _____				INH		感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	陽性・陰性				陽性・陰性				RFP		感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	検査中				検査中				RBT		感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	検査未実施				検査未実施				PZA	ピラジナミダーゼ試験・液体培地	感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	検査未実施				検査未実施				SM		感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	検査未実施				検査未実施				EB		感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	検査未実施				検査未実施				KM		感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	検査未実施				検査未実施				EVM		感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	検査未実施				検査未実施				TH		感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	検査未実施				検査未実施				CS		感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	検査未実施				検査未実施				PAS		感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	検査未実施				検査未実施				LVFX		感	耐
月 日	喀痰 その他()	(直接・集菌)	(固形・液体)	検査未実施				検査未実施				DLM		感	耐
注) 初回申請時は、治療開始時の3連続検査の結果を記入すること。															
今後の医療方針															
(初回治療例では2クール(1年)、再治療例では3クール(1年半)を超えて継続する場合は、その理由及びその他の意見を記入すること。)															
1. 今回で治療を終了する 2. 継続が必要である 3. 感染症の診査に関する協議会の意見()について)を聞きたい 4. その他															
年 月 日												※病型			
医療機関の所在地												_____			
医療機関の名称												TEL _____			
医師の氏名												_____			
受理年月日	年 月 日			郵送・持参		37条の2		判定		承認・不承認					
受理番号	No. _____							個人番号等確認		本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/>					
登録票番号	No. _____							受給者番号							
								通知書番号		No. _____					