

感染症（結核）医療費公費負担申請書

下関市長 様

令和 年 月 日

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 } の規定により医療費公費負担を申請します。

<申請者（患者本人または保護者）>

氏名 患者との関係（ ） 個人番号

住所 〒

電話（ ） -

患者情報	ふりがな		男・女	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	歳
	住所				個人番号				
	被保険者等の別	健保（本人・家族） 国保（一般・退職本人・退職家族） 生保（保護受給中・保護申請中） 後期高齢者医療 その他（ ）							

診 断 書

診断名 1. 2. 3.

菌種名 ①M.tuberculosis ②その他（ ） 菌以外の理由：X線所見 既往症 組織学的 IGRA（QFT・T-Spot） その他（ ）

合併症 1. 塵肺 2. 糖尿病 3. 低肺機能 4. 肝障害 5. その他（ ）

医療の種別	化学療法	1. 初回治療 2. 再治療 3. 継続	①抗結核薬 薬剤数 剤 一次薬：INH RFP RBT SM EB PZA 二次薬：KM TH PAS CS LVFX ※多剤耐性肺結核のみ：DLM BDQ ・標準治療が出来ない理由 ・初回排菌有りでもPZAが使えない理由 ②副腎皮質ホルモン剤 薬品名（ ）	今回申請分の医療開始年月日 令和 年 月 日 { 今後6か月以内の終了計画であれば標記 } 令和 年 月 日 ①入院日： 年 月 日 ②退院(予定)日： 年 月 日 ③在宅
	外科的療法	1. 肺結核（切除術） 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核 4. 泌尿器結核 5. その他（ ）		
	骨関節結核の装具療法			

收容	日間（術前）	日間、術後	日間	手術予定（実施）年月日	令和	年	月	日
----	--------	-------	----	-------------	----	---	---	---

現症	胸部X線写真略図		学会分類 r l b I II III IV V 1 2 3 H P0 Op	最近の症状及び経過：
	年 月 日撮影			

実施日	/ / / / / /						薬 剤 感 受 性 検 査 結 果							
	塗抹	未 / 号	未 / 号	未 / 号	未 / 号	未 / 号	薬品 (mcg/ml)	年 月		年 月				
未実施は未/に○	培養	未 / 個	未 / 個	未 / 個	未 / 個	未 / 個	INH [0.2]	感	不完	完	感	不完	完	
	核酸増幅	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	RFP [40]	感	不完	完	感	不完	完	
	同定	方法： 法		結果：結核菌 / その他（ ） / 未実施				SM [10]	感	不完	完	感	不完	完
	検体材料	喀痰	胃液	喀痰	胃液	喀痰	胃液	EB [2.5]	感	不完	完	感	不完	完
		気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	KM [40]	感	不完	完	感	不完	完
	穿刺液	その他	穿刺液	その他	穿刺液	その他	TH [20]	感	不完	完	感	不完	完	
							EV [20]	感	不完	完	感	不完	完	
							PAS [0.5]	感	不完	完	感	不完	完	
							CS [30]	感	不完	完	感	不完	完	
							[]	感	不完	完	感	不完	完	

結核に関する既往の医療	年 月～ 年 月	INH	RFP	SM	EB	PAS	PZA	その他（ ）
	年 月～ 年 月	INH	RFP	SM	EB	PAS	PZA	その他（ ）

備考（主治医の意見等）

※感染症診査協議会の意見（承認・不承認）

令和 年 月 日	医療機関：〒 -	所在地
		名称
	電話（ ） -	医師名