

結核医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

千葉市長 様

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。

申請者住所

申請者氏名（自署又は記名押印）

患者との関係 続柄（本人・その他（ ））

患者住所

患者氏名（男・女）

患者の生年月日 T・S・H・R 年 月 日 歳

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） その他（ ）

高齢者の医療の確保に関する法律による
医療の受給資格

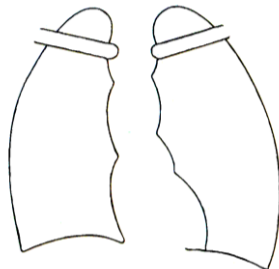
有・無
添付写真の枚数 枚

診 断 書

病名 1. 2. 3.

治療開始年月日 年 月 日 入院開始年月日 年 月 日

治療内容	1. 初回治療	化学療法	抗結核剤 () 剤使用	INH・RFP・RBT・PZA・SM・EB・LVFX・KM・TH・EVM・PAS ・CS・DLM のうち局所療法に使用する薬剤 ()
	2. 継続	化学療法	副腎皮質ホルモン剤	薬剤名 ()
	3. 再治療	外科的療法	1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核 4. 泌尿器結核 5. その他 () 手術(予定・実施) 年 月 日 (内容:)	

胸部X線写真		学会分類	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 O	
		1 2 3	

年 月 日撮影

H p0 OP

化学療法について
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。(年 月まで予定)
3 化学療法を(終了・継続)したいが、感染症診査協議会の意見を聞きたい。

菌検査	連続菌検査結果	検体	喀痰・胃液・咽頭粘液・気管支洗浄液・気管支肺生検・尿・膿・穿刺液・組織・その他					
	塗抹 G 号 (月 日)	月/日	/	/	/	/	/	/
	G 号 (月 日)	塗抹						
	G 号 (月 日)	培養						
	PCR (- ・ + ・ 未)	耐性検査 (薬剤(μg/ml))	INH[0.2]	RFP[40]	SM[10]	EB[2.5]	PZA	
	培養 (- ・ + ・ 未)	(年 月)	感・耐	感・耐	感・耐	感・耐	感・耐	

同定 () その他薬剤 () 感・耐 () 感・耐

※1 ツベルクリン反応検査(最新のもの) 実施日(年 月 日) 発赤 mm 硬結 mm 副反応(二重発赤、リンパ管炎、水泡、出血、壊死)

※1 IGRA検査 (QFT検査・Tスポット検査) 実施日 年 月 日 (陽性 / 判定保留 / 陰性)

※2 BCG歴 1. 有 2. 無 3. 不明

※2 結核の治療歴 年 月 ~ 年 月 ()
年 月 ~ 年 月 ()

備考

令和 年 月 日

医療機関の名称

医師の氏名

印

医療機関の所在地

電話番号

()

<申請上の注意>

- 該当する項目又は数字を○で囲んでください。
- ※1 につきましては、実施した場合だけ記入してください。(初回申請時のみ)
- ※2 につきましては、初回申請時のみ記入してください。
- CT等がありましたら、一連の写真を添付してください。
- 菌検査欄は、過去6ヵ月間に実施した検査結果を記入してください。
- 継続申請の場合には、必ず初回申請時、前回申請時のX線写真と最新のX線写真を提出してください。
- 肺外結核の場合には、必ず胸部X線写真の他に、該当部位のX線写真も一緒に提出してください。