

別紙様式（第37条申請用）

令和 年 月 日

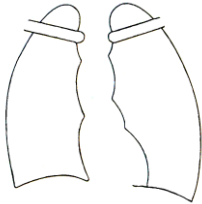
千 葉 市 長 様

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名 ㊞
(注)医師の氏名を自署した場合は、押印を省略することができます。

下記のとおり、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条の規定による医療費公費負担申請に係る患者情報を提供します。

記

カルテ No	患者氏名	生年月日

病名	1.	2.	3.						
治療開始年月日	令和 年 月 日	入院開始年月日	令和 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	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 H p l OP							
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) G 号 (月 日) G 号 (月 日) PCR (- ・ +)	塗抹	月 日 号	月 日 号	月 日 号	月 日 号	月 日 号	月 日 号
	培養	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個		
※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 、 水疱 、 出血 、 壊死)	耐性検査 (薬剤 (μ g / ml)) 実施日 年 月 日						
BCG歴		1. 有 (年 月) 2. 無 3. 不明	INH [0.2] 感 ・ 耐	RFP [40] 感 ・ 耐	SM [10] 感 ・ 耐	EB [2.5] 感 ・ 耐			
結核の治療歴		S ・ H 年 月 ～ 年 月 () S ・ H 年 月 ～ 年 月 ()							
備 考									

- <申請上の注意>
- 1. 該当する項目又は数字を○で囲んでください。
 - 2. ※につきましては、実施した場合だけ記入してください。
 - 3. CT等がありましたら、一連の写真を添付してください。
 - 4. 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。
 - 5. 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。
 - 6. 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。