

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

(印)

(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 2. 繼続	化学療法 () 剤使用 外科的療法	抗結核剤 () 剤使用 INH・RFP・RBT・PZA・SM・EB・LVFX・KM・TH・EVM・PA S ・CS・DLM のうち局所療法に使用する薬剤 () 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 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 塗抹 G 号 (月日) G 号 (月日) G 号 (月日) PCR (- +)	検体 塗抹 培養	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 月日号 月日号 月日号 月日号 月日号 月日号 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(μg/m)) INH [0.2] RFP [40] SM [10] EB [2.5] 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐
	BCG歴	1. 有(年月) 2. 無 3. 不明	[] [] [] [] 感・耐 感・耐 感・耐 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>

- 該当する項目又は数字を○で囲んでください。
- ※につきましては、実施した場合だけ記入してください。
- 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ヶ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。