第11号様式(第11条関係)

年　月　日

結核医療費公費負担申請書

宛て

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。

申請者氏名
申請者住所
電話　(　　)
患者との関係
申請者個人番号
(申請者が患者本人である場合は、左欄に記入)

患者の個人番号				
フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	年　月　日(　歳)
住所		電話		
保険種類	1社保本人　2社保家族　3国保一般　4国保退職本人　5国保退職家族 6後期高齢　7生保(受給中)　8生保(申請中) 9自費・その他(　　)　10不明			
添付エックス線写真の枚数	枚	貴院カルテNo.		

診断書

Ⅰ 病名

1　2　3

Ⅱ 経過

(1) 発病の時期　年　月　日　(2) 初診の時期　年　月　日

(3) 診断の時期　年　月　日　(4) 医療開始時期　年　月　日

Ⅲ 現在の受診状況

(1) 1 入院中　2 外来治療中

入院年月日　年　月　日

(2) 入院理由　(結核・結核外〔　　〕)

(3) 合併症

1じん肺　2糖尿病　3低肺機能　4肝障害　5高血圧症　6その他(　　)

(4) 非定型抗酸菌症　1 有　2 無

Ⅳ 治療方針

1 化学療法のみでよい。
2 一応化学療法を実施した上で、その後の方針を決める。
3 外科的療法を実施する(化学療法では効果が期待できない。)。
4 化学療法、外科的療法とも効果が期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施する。
5 その他(　　)

Ⅴ 化学療法終了の時期

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。
3 次のように考えるが、感染症の診査に関する協議会の意見を聞きたい(終了・継続)。
化学療法の開始日　(　年　月)(中断又は再治療の場合は再開日)

Ⅵ ツベルクリン反応・QFT等

(1) ツベルクリン反応(最新のもの)　×/×(×)
(2) ツベルクリン反応陽転時期　年　月
(3) BCG接種歴　1有(　年　月頃)　2無　3不明
(4) リンパ球の菌特異蛋(たん)白刺激による放出インターフェロンγ試験(QFT等)
1陽性　2判定保留　3陰性(実施日　年　月　日)

Ⅶ 結核に関する既往医療

(1) 今回の治療　1①初回治療　②継続治療　2再治療　3不明
(2) 再治療の場合、既往医療
年　月～　年　月　INH　RFP　PZA　SM　EB　LVFX　その他(　)：医療機関名(　)
年　月～　年　月　INH　RFP　PZA　SM　EB　LVFX　その他(　)：医療機関名(　)
年　月～　年　月　INH　RFP　PZA　SM　EB　LVFX　その他(　)：医療機関名(　)

Ⅷ 今回の治療内容

(1) 化学療法　年　月　日から　抗結核薬(　)剤使用
1 INH　2 RFP　3 RBT　4 PZA　5 SM　6 EB　7 LVFX　8 KM　9 TH　10 EVM　11 PAS
12 CS　13 DLM　14 BDQ　15その他(　)　1から15までのうち局所療法に用いるもの(　)
(2) 副腎皮質ホルモン剤の使用の有無　1有(薬品名　)　2無
(3) 外科的療法　1 肺結核　2 結核性膿(のう)胸　3 泌尿器結核　4 骨関節結核
5 その他(　)
方法等〔　〕
手術予定(実施)時期(　年　月　日)
外科手術のための入院　日間(術前　日から　術後　日まで)

Ⅸ 検査

(1) 菌所見(検査中のものは、当該検査の欄へその旨を御記入ください。)
検体記号(1—(1)痰(たん)　1—(2)胃液　1—(3)喉頭粘液　2—(1)気管支洗浄液　2—(2)経気管支肺生検
3尿　4膿(うみ)　5穿(せん)刺液　6—(1)組織　6—(2)他)

検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法：PCR法等(検体記号)	検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法：PCR法等(検体記号)
／／			菌	法(　)	／／			菌	法(　)
／／			菌	法(　)	／／			菌	法(　)
／／			菌	法(　)	／／			菌	法(　)

(2) 菌陰性化時期　年　月　日

(3) 薬剤耐性試験成績

	治療開始時／実施　年　月	最新(実施　年　月)
SM	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)
INH	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)
RFP	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)
EB	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)
	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)
	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)

Ⅹ 最新のエックス線及びCT所見

(1) エックス線写真略図及びその他の所見
(肺外結核の場合も同様)

(2) 撮影時期　年　月　日

(3) 学会分類

部位	①r	②ℓ	③b	⑨該当なし
性状	①Ⅰ	②Ⅱ	③Ⅲ	④Pℓ　⑤H
	⑥0p	⑦Ⅳ	⑧Ⅴ	⑨0
拡がり	①1	②2	③3	⑨該当なし

(4)CT所見(必要に応じ)　撮影時期：　年　月　日

備考

年　月　日

医療機関所在地
医療機関の名称　電話　(　)
医師名　※署名又は記名押印を行うこと。

注意1 該当する文字については、その文字(頭数があるときは、その数字とする。)を○で囲んでください。
2 生活保護を受けている患者その他これに準ずる者の場合は、この申請書を2部(1部は写し)提出してください。
3 継続申請する場合は、エックス線写真その他関係書類を添えて、患者票の有効期限の2週間前までに必ず住所地を所管する保健所長宛て再申請してください。

感染症の診査に関する協議会意見

保健所記入欄
発生動向調査コード

治療区分

結核薬

副腎皮質ホルモン

最新塗抹

最新培養

検体の種類

薬剤耐性

学会分類

部位

性状

拡がり

診断名

11 肺結核
12 結核性胸膜炎
13 結核性膿(のう)胸
14 肺門リンパ節結核
15 粟(ぞく)粒結核
21 結核性髄膜炎
22 脊椎結核
23 他の骨・関節結核
24 他のリンパ節結核
25 尿路結核
26 他の肺外結核

潜在性結核感染症

受療状況

1 入院中
2 外来治療中
3 治療なし
4 不明

合併症

非定型抗酸菌症

ツベルクリン反応

1－9mm以下
2＋10mm以上
3＋＋　硬結
4＋＋＋二重発赤水泡
5不明　6未実施

B　C　G

Q　F　T

1陽性　2判定保留
3陰性　4判定不可
5結果不明　6未実施

保健所記入欄
発生動向調査コード

治療区分

結核薬

副腎皮質ホルモン

最新塗抹

1 陽性
2 陰性
3 検査中
4 未実施
5 不明

最新培養

1 陽性
2 陰性
3 検査中
4 未実施
5 不明
6 非定型抗酸菌

検体の種類

薬剤耐性

1 INH、RFP
2 INHのみ
3 RFPのみ
4 その他のみ
5 耐性なし
6 不明

学会分類

部位

性状

拡がり