

町田市結核医療費公費負担申請書


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。
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施行細則第19条(東京都規則第112号)に基づく医療費助成を申請します。

住所
 氏名
 電話番号 ()
 患者との関係
 個人番号

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
患者氏名			個人番号	
住 所			電話番号	
保険種類	1 健保本人 2 健保家族 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				
1 病 名				
(1)	(2)	(3)		
2 経 過				
(1) 発症の時期	年 月 日	(2) 初診の時期	年 月 日	
(3) 診断の時期	年 月 日	(4) 治療開始時期	年 月 日	
3 現在の受診状況				
(1) ア 入院中	イ 外来治療中			
	入院日	年 月 日		
(2) 入院理由 (結核・結核外 [))				
(3) 合併症	ア じん肺 イ 糖尿病 ウ 低肺機能 エ 肝障害 オ 高血圧症 カ その他()			
(4) 非定型抗酸菌症	ア 有 イ 無			
4 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()				
5 化学療法終了の時期				
(1) 治療終了予定日(年 月 日)				
(2) 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聴きたい(終了・継続)。 化学療法の開始日(年 月 日)(中断又は再治療の場合は再開日)				
6 ツベルクリン反応・QFT等				
(1) ツベルクリン反応(最新のもの)	×	(×)		
	×			
	(判定日	年 月 日)		
(2) ツベルクリン反応陽転時期	年 月			
(3) BCG接種歴	ア 有(年 月ごろ)	イ 無	ウ 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グ試験(QFT等)	ア 陽性 イ 判定保留 ウ 陰性(実施日 年 月 日)			

(裏面)

7 結核に関する既往医療																																																	
(1) 今回の治療 ア(ア) 初回治療 (イ) 継続治療 イ 再治療 ウ 不明 (2) 再治療の場合、既往医療 年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他(): 医療機関名() 年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他(): 医療機関名() 年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他(): 医療機関名()																																																	
8 今回申請する治療内容																																																	
(1) 抗結核薬()剤使用 ア INH イ RFP ウ SM エ EB オ KM カ TH キ EVM ク PZA ケ PAS コ CS サ RBT シ その他() アからシまでのうち局所療法に用いるもの() (2) 副腎(じん)皮質ホルモン剤の使用の有無 ア 有(薬品名) イ 無 有の場合の使用目的 ア 結核 イ その他() (3) 外科的療法 ア 肺結核 イ 結核性膿(のう)胸 ウ 泌尿器結核 エ 骨関節結 オ その他() 方法等 [] 手術予定(実施)時期(年 月 日) 外科手術の為の入院 日間(術前 日から 術後 日まで)																																																	
9 検査																																																	
(1) 菌所見(検査中のものは、当該検査の欄へその旨をご記入ください。) 検体記号(1—(1)痰(たん) 1—(2)胃液 1—(3)喉(こう)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)																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検体採取年月日</th> <th>検体記号</th> <th>塗沫</th> <th>培養</th> <th>病原体</th> <th>同定の方法: PCR法等</th> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> </tr> </table>	検体採取年月日	検体記号	塗沫	培養	病原体	同定の方法: PCR法等	/ /		号	個	菌	法	/ /		号	個	菌	法	/ /		号	個	菌	法	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検体採取年月日</th> <th>検体記号</th> <th>塗沫</th> <th>培養</th> <th>病原体</th> <th>同定の方法: PCR法等</th> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> </tr> </table>	検体採取年月日	検体記号	塗沫	培養	病原体	同定の方法: PCR法等	/ /		号	個	菌	法	/ /		号	個	菌	法	/ /		号	個	菌	法
検体採取年月日	検体記号	塗沫	培養	病原体	同定の方法: PCR法等																																												
/ /		号	個	菌	法																																												
/ /		号	個	菌	法																																												
/ /		号	個	菌	法																																												
検体採取年月日	検体記号	塗沫	培養	病原体	同定の方法: PCR法等																																												
/ /		号	個	菌	法																																												
/ /		号	個	菌	法																																												
/ /		号	個	菌	法																																												
(2) 菌陰性化時期 <input style="width: 100px;" type="text" value="年 月 日"/>																																																	
(3) 薬剤耐性試験成績																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>治療開始時/実施 年 月</th> <th>最新/実施 年 月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SM</td> <td>$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)</td> <td>$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td>INH</td> <td>$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)</td> <td>$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td>RFP</td> <td>$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)</td> <td>$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td>EB</td> <td>$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)</td> <td>$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			治療開始時/実施 年 月	最新/実施 年 月	SM	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)	INH	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)	RFP	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)	EB	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)																																	
	治療開始時/実施 年 月	最新/実施 年 月																																															
SM	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)																																															
INH	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)																																															
RFP	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)																																															
EB	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)	$\mu\text{g/ml}$ (耐性・感受性)																																															
10 最新のエックス線写真及び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 <input style="width: 100px;" type="text" value="年 月 日"/> ※申請前3ヶ月以内のもの (3) 学会分類 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>部位</th> <th>①r</th> <th>②l</th> <th>③b</th> <th colspan="2">⑨該当なし</th> </tr> <tr> <td rowspan="2">性状</td> <td>① I</td> <td>② II</td> <td>③ III</td> <td>④ P1</td> <td>⑤ H</td> </tr> <tr> <td>⑥ Op</td> <td>⑦ IV</td> <td>⑧ V</td> <td>⑨ 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>拡がり</td> <td>① 1</td> <td>② 2</td> <td>③ 3</td> <td colspan="2">該当なし</td> </tr> </table>	部位	①r	②l	③b	⑨該当なし		性状	① I	② II	③ III	④ P1	⑤ H	⑥ Op	⑦ IV	⑧ V	⑨ 0		拡がり	① 1	② 2	③ 3	該当なし																										
部位	①r	②l	③b	⑨該当なし																																													
性状	① I	② II	③ III	④ P1	⑤ H																																												
	⑥ Op	⑦ IV	⑧ V	⑨ 0																																													
拡がり	① 1	② 2	③ 3	該当なし																																													
(4) CT所見(必要に応じて) 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 医師名 電話 () 印																																																	
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 エックス線写真については申請前3ヶ月以内に撮影したものを添付してください。 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週間前までに必ず再申請してください。																																																	