

町田市結核医療費公費負担・助成申請書

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 3 7 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 1 9 条の規定により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 4 後期高齢 5 生保（受給中） 6 生保（申請中） 7 自費・その他 () 8 不明			
添付エックス線写真の枚数		枚	貴院カルテ N o	
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 入院日 年 月 日	イ 外来治療中			
(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・Q F T 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) B C G 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ニン γ 試験（Q F T 等） ア 陽性 イ 判定保留 ウ 陰性（実施日 年 月 日）				

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 LVFX その他 ():医療機関名 ()											
年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA LVFX その他 ():医療機関名 ()											
年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA LVFX 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 RBT エ PZA オ SM カ EB キ LVFX ク KM ケ TH コ PAS サ CS シ DLM ス BDQ セ その他 () アからセ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)											
検 体 採 取 年月日	検 体 記 号	塗 沫	培 養	病 原 体	同 定 の 方 法 : P C R 法 等	検 体 採 取 年月日	検 体 記 号	塗 沫	培 養	病 原 体	同 定 の 方 法 : P C R 法 等
／／		号	個	菌	法	／／		号	個	菌	法
／／		号	個	菌	法	／／		号	個	菌	法
／／		号	個	菌	法	／／		号	個	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	μ g / m l (耐性・感受性)			μ g / m l (耐性・感受性)							
INH	μ g / m l (耐性・感受性)			μ g / m l (耐性・感受性)							
RFP	μ g / m l (耐性・感受性)			μ g / m l (耐性・感受性)							
EB	μ g / m l (耐性・感受性)			μ g / m l (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 年 月 日 ※申請前3ヶ月以内のもの (3) 学会分類									
		部位					① r	② l	③ b	⑨ 該当なし	
		性状					① I	② II	③ III	④ P 1	⑤ H
							⑥ O p	⑦ I V	⑧ V	⑨ O	
		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											
電話 ()											
医 師 名											
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。											