

様式 4

結核医療費公費負担申請書				
年 月 日				
(宛先)札幌市保健所長				
申請者の氏名				
申請者の住所				
申請者の個人番号				
患者との関係 TEL				
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条第1項・37条の2第1項）の規定により下記の者に係る医療費の公費負担を申請します。				
（ふりがな） 患者の氏名				
患者の住所				
患者の個人番号				
生 年 月 日	明・昭 大・平・令	年 月 日 歳	性 別	男・女
被保険者等の別	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢者医療 生保(保護受給中・保護申請中) 労災(受給中・申請中) その他()			
※ 登 録 番 号				

備考 この様式は、結核の医療を受けられる方の医療費の公費負担申請に用いる。この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

添付書類

【初回申請の方】

下記、①・②

【継続申請の方】

下記、①・②・③

- ① 現に医療を受けているまたは受けようとする医療機関の医師による診断書(この申請書の裏面です)。

② 直近(3ヶ月以内)に撮影した胸部X線写真、胸部CTデータ等その他関係書類

③ 前回申請時に添付した胸部X線写真

※ その他必要に応じ、上記以外の書類の提出を求めることがあります。

※ その他必要に応じ、上記以外の書類の提出を求めることがあります。

記入上の注意

- 1 ※登録番号の欄は、記入しないこと。

2 継続申請する場合は患者票の有効期限1週間前までにかかわらず保健所長あて提出してください

(裏)

診 断 書												
病 名		1 肺 結 核 2 3 4 合併症等： ・糖尿病 ・免疫不全状態(病名)・じん肺 ・その他(病名) ・透析 ・無										
医 療 の 種 類	化 学 療 法	1 初 回 申 請 2 初回治療の継続 3 再 治 療 4 再治療の継続	1 抗結核薬 ()剤使用	1 薬品名 INH RFP RBT PZA SM EB KM TH EVM PAS CS DLM 2 1のうち局所療法 に用いるもの()					医療開始予定年月日			
									年 月 日			
								入 院 年 月 日				
								年 月 日				
	2 副腎皮質ホルモン剤		薬品名 ()									
	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 () 療法：									
	骨関節結核の装具療法											
	手術予定(実施)年月日		年 月 日			手 術 に 係 る 入 院			日間(術前 日間、術後 日間)			
現 症	胸部X線写真略図  年 月 撮影日	その他の所見(肺外結核の場合は、そのX線写真略図、病理及びその他の所見)							添付X線写真等の枚数			
									胸部レントゲン 枚			
									C T 枚			
									その他 枚			
結 核 菌 検 査					抗結核薬使用状況			薬剤感受性検査（実施・未実施）				
採取日	塗抹	培養	核酸増幅法 ()法	検体の種類	注)治療期間が12か月以上の場合は申請前6か月間の使用状況について記載すること。		薬 剤	最 新	初 回			
								年 月	年 月			
月 日				喀痰・その他 ()	開始時		INH RFP SM EB () () () ()	感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐	感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐			
月 日			喀痰・その他 ()	1か月目	INH RFP SM EB PZA その他()							
月 日			喀痰・その他 ()	2か月目	INH RFP SM EB PZA その他()							
月 日			喀痰・その他 ()	3か月目	INH RFP SM EB PZA その他()							
月 日			喀痰・その他 ()	4か月目	INH RFP SM EB PZA その他()							
月 日			喀痰・その他 ()	5か月目	INH RFP SM EB PZA その他()							
月 日			喀痰・その他 ()	6か月目	INH RFP SM EB PZA その他()							
月 日			喀痰・その他 ()	7か月目	INH RFP SM EB PZA その他()							
月 日			喀痰・その他 ()	8か月目	INH RFP SM EB PZA その他()							
月 日			喀痰・その他 ()	9か月目	INH RFP SM EB PZA その他()							
月 日			喀痰・その他 ()	10か月目	INH RFP SM EB PZA その他()							
注)初回申請時は治療開始時の3連続 ^{たん} 検痰、継続申請時は申請前6か月、入院勧告患者の退院時は直近の検査結果を記載すること。					11か月目	INH RFP SM EB PZA その他()						
					12か月目	INH RFP SM EB PZA その他()						
今回のツ反		年 月 日 (×) 実施 (×) (×)mm 硬結・二重発赤・水疱・壊死				IGRA 検査歴	QFT・T-SPOT 有 ・ 無 (年 月、+・-)	BCG 接種歴	有 ・ 無 (年 月頃)			
既往 歴	結 核 に 関 する 既 往 の医療	初めて結核と診断 された時期： 年 月頃			菌陰性化の時期： 年 月頃			前回の薬剤感受性：感・耐 薬品名 ()				
		年 月～ 年 月			INH RFP PZA SM EB その他()							
		年 月～ 年 月			INH RFP PZA SM EB その他()							
		年 月～ 年 月			INH RFP PZA SM EB その他()							
今後の治療方針等		30 日を超える入院再延長の場合は、その理由及びその他の意見を記入すること。抗結核薬以外の併用についても記入すること。										
治療終了の時期		1 今回で治療を終了する(年 月 日終了予定) 2 継続が必要である(年 月頃まで)										
年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医 師 の 氏 名 ㊞												

※ 感染症診査協議会の意見									※郵送・持参 公費負担承認日 (月 日～)	※第37条継続（入院再延長） 第37条の2（ 新 ・ 再 ・ 継 ）		※ 病 型
※ 診 査 結 果	合 格									※登録番号		
	不合格											

注 ※印の欄は、記入しないでください。
備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。