

結核医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

小樽市保健所長 様

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37条の2）の規定により、医療費公費負担を申請します。

(ふりがな) 患者の氏名			
患者の住所			
生年月日	明・大・昭 平・令 年 月 日 歳	性別	男・女
被保険者等の別	健保（本人・家族） 後期高齢 労災（受給中・申請中）	国保（一般・退職本人・退職家族） 生保（保護受給中・保護申請中） その他（)	
(入院勧告対象者の場合) 入院勧告書の番号		添付X線写真の枚数	枚

添付書類

【法第37条（勧告による入院治療）初回】

- ① 患者と同一住所の世帯全員の住民票（続柄の記載されているもの）
- ② 患者、配偶者及び生計を一にする絶対的扶養義務者（直系血族及び兄弟姉妹）の市民税所得割額を証明する書類
- ③ 自己申告書 ※詳しくは保健所にお問合せください
- ④ 現に医療を受けている又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。）。
- ⑤ 直近（3か月以内）に撮影した胸部X線写真、その他関係書類
※その他必要に応じ、書類の提出を求めることがあります。

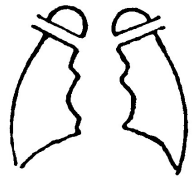
【法第37条の継続、法第37条の2（外来治療及び勧告によらない入院治療）の初回・継続】

- ① 現に医療を受けている又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か月以内）に撮影した胸部X線写真、その他関係書類（継続申請の場合は、このほか前回添付した胸部X線写真）
※その他必要に応じ、書類の提出を求めることがあります。

記入上の注意

- 1 該当する文字については、その文字(題数字があるときは、その数字のみとする。)を○で囲むこと。
- 2 ※印欄は、初回申請の場合のみ記入すること。
- 3 ㊦印欄は記入しないこと。
- 4 「結核菌検査」欄は、過去6か月間に行った検査結果を記入すること。
- 5 「BCG接種歴」欄については、15歳以下の患者について記入すること。
- 6 「備考」欄は、①入院勧告に関する意見、②その他参考となるべき事項を記入すること。

(裏 面 も 御 記 入 く だ さ い)

診 断 書													
病 名		1			2			3			合併症	糖尿病 じん肺	H I V その他(病名)
医 療 の 種 類	化 学 療 法	1 初回治療	1 抗結核薬 () 剤使用			1 薬品名 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ 2 1のうち局所療法に用いるもの ()					医療開始予定年月日		
		2 再治療									年 月 日		
		3 継続	2 副腎皮質ホルモン剤			薬品名 ()					入院年月日		
											年 月 日		
種 類	外科的療法		1 肺結核 2 結核性膿胸 3 骨関節結核 4 その他 () 療法・術式 ()										
	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 日 撮 影	※ 学会分類			その他の所見(肺外結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見)							
			r	0	b								
結 核 菌 検 査	採取日	塗抹	培養	核酸増幅法 ()法	検体の種類		薬 剤 感 受 性 検 査	薬剤(mcg/ml)		月 日	月 日		
	月 日		個	- +	喀痰 その他()			INH [0.2]	感 耐	感 耐			
	月 日		個	- +	喀痰 その他()			RFP [40]	感 耐	感 耐			
	月 日		個	- +	喀痰 その他()			SM [10]	感 耐	感 耐			
	月 日		個	- +	喀痰 その他()			EB [2.5]	感 耐	感 耐			
	月 日		個	- +	喀痰 その他()			() []	感 耐	感 耐			
	月 日		個	- +	喀痰 その他()			() []	感 耐	感 耐			
ツ反	年 月 日 (×) 実施		(×) mm		硬結 二重発赤 水泡 壊死	IGRA 検査歴	QFT・T-SPOT 無・有 (年 月) 陽性 判定保留 陰性 判定不可		BCG 接種歴	無・有 (年 月 頃)			
※初めて結核と診断された時期		年 月 頃		※ツ反応陽転時期		年 月 頃		菌陰性化の時期		年 月 頃			
※結核に関する既往の医療		年 月 日～ 年 月 日		INH RFP PZA SM EB その他()		年 月 日		INH RFP PZA SM EB その他()		年 月 日			
備考		1 入院勧告の意見 2 その他											
この欄は、法第37条の申請の場合にのみ記入すること。											※ 感染症診査協議会の意見		
入院以来実施した医療の概要 及び今後の医療の基本方針													
令和 年 月 日											医療機関の所在地		
											医療機関の名称		
											医師の氏名		
											印		