

# 結核医療費公費負担申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

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  
[ 37条・37条の2 ] の規定により、医療費公費負担を  
申請します。

申請者の氏名 \_\_\_\_\_  
申請者の住所 \_\_\_\_\_  
申請者の個人番号 \_\_\_\_\_  
患者との関係 (本人又は保護者に限る) \_\_\_\_\_

患者氏名		住所	
生年月日	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・退職家族) 生活保護 (受給中・申請中) その他 ( )	個人番号	
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	無・有 (※※ 年 月 日から)		
現在の受療状況	1 外来通院中 2 入院中 (入院日 年 月 日 理由: 結核・結核以外 ( ))		

## 診 断 書

病名	1 _____ 2 _____ 3 _____
治療方針	1 標準化学療法 (PZA使用・PZA使用不可 (理由: _____)) を実施したい。 2 標準化学療法を実施できない。(理由: _____) 3 外科的療法を実施したい。 4 今後 ( ) か月の化学療法を実施したい。 5 その他: _____
合併症等	1 なし 2 塵肺 3 糖尿病 4 非定型抗酸菌症 5 肝障害 6 腎透析 7 腎疾患 8 HIV 9 その他 ( )

医療の種類	化学療法	1 初回治療 2 初回治療の継続 3 再治療 4 再治療の継続 5 LTBIの治療	1 抗結核薬 ( ) 剤使用 2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名 (注: PZAは初回治療の2か月のみの使用) INH RFP PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM その他 ( )	医療開始予定年月日 年 月 日 入院年月日 年 月 日
	外科療法	1 肺結核 2 結核性膿胸 3 骨関節結核 4 その他			手術 (予定) 年月日 年 月 日 手術のための入院期間 (収容) 日間 (術前 日, 術後 日)
	骨関節結核の装具療法				

現症	胸部X線写真略図 ( 年 月 日撮影)	学会分類	医療の概要 (根拠) 及び今後の医療方針, その他の所見 (必ず記載して下さい) (肺外結核の場合は, そのX線検査等の略図及びその他の所見)
		r I b O I II III IV V 1 2 3 H P I O p	

結核菌検査	検体の種類							薬品 [ µg/ml ]	月 日	月 日
	塗抹	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	INH [ 0.2 ]	感・耐	感・耐
	培養	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	RFP [ 40 ]	感・耐	感・耐
	その他 (PCR等)	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	SM [ 10 ]	感・耐	感・耐

抗結核薬の副作用に関する検査結果・所見	肝機能・視力検査・その他について	薬剤感受性検査	( ) [ ] 感・耐 ( ) [ ] 感・耐 ( ) [ ] 感・耐 ( ) [ ] 感・耐
I G R A 検査 (QFT-T-SPOT)	年 月 日 陽性・判定保留・陰性・判定不能	最新のツベルクリン反応	年 月 日 硬結 × (硬結・水疱・壊死) 発赤 × 二重発赤 ( × ) (判定: + ++ +++)
結核に対する既往 (※)	年 月 日 ~ 年 月 日	INH RFP SM EB PAS その他 ( )	
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

備考	1 BCG接種歴 (1有 ( 年 月 ) 2無 3不明) 2 入院, 治療期間延長等及びその他についての意見
----	---

医療機関所在地 名称 医師氏名	年 月 日	印	※※感染症診査協議会の意見	判定 適 否 保留
-----------------------	-------	---	---------------	--------------------

(注) 1 該当するものについては, その文字 (頭数字があるものは, その数字) を○で囲むこと。 (A4規格)  
2 ※印の欄は, 初回申請時に記入すること。また, ※※印の欄は記入しないこと。  
3 「結核菌検査」の欄は, 過去6か月間に行った検査の結果を記入し, 未実施の月は○で囲むこと。  
4 再申請時, 前回の診査会でX線フィルムを添付した場合は, そのX線フィルムも添付すること。