

記入上の注意  
 1. 該当する文字については、その項目(頭に数字があるときは、その数字のみとする)を○で囲むこと。  
 2. ※印欄は、記入しないこと。

注) 申請書及びエックス線写真とともに居住地を管轄する保健所に提出してください。  
 公費負担の承認開始日は管轄の保健所が申請を受理した日となりますのでご注意ください。

# 感染症患者(結核・通院\*)医療費公費負担申請(法第37条の2)に係る診断書

(\*入院勧告によらない入院患者の結核医療費を含む)

(ふりがな)		男 明・大 年 月 日生 歳		住所		TEL					
患者の氏名		女 昭・平・令									
病名	1	2	3								
医療の種類	化学療法	1. 初回治療	(1)抗結核薬 ( )剤使用	(2)副腎皮質ホルモン剤 (有・無)	医療開始予定年月日						
		2. 初回治療の継続	INH RFP PZA SM EB KM EVM TH CS PAS	薬品名	年 月 日						
		3. 再治療	上記のうち局所療法に用いるもの		入・退院年月日						
		4. 再治療の継続	( )		年 月 日						
外科的療法	1.肺 2.肺外 部位 [ ]	術式及び治療内容(骨・関節結核の装具療法を含む)		手術予定年月日	外科的療法に必要な収容期間						
				年 月 日	術前 日間 術後 日間						
合既併往症歴	1. 結核 治療歴など具体的に( ) 2. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 経口薬服用 <input type="checkbox"/> インスリン使用 3. 肝疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> アルコール性肝障害 <input type="checkbox"/> 肝硬変 4. 腎疾患( ) 5. 悪性腫瘍( ) 6. 免疫系疾患( ) 7. ステロイド使用( )			BCG接種歴	有・無・不明 (最終接種 歳時)						
				結核患者との接触	有・無・不明 (有の場合の詳細)						
現病歴	呼吸器症状の有無 (有・無)			今回のツ反	年 月 日実施						
	呼吸器症状の出現時期 (年 月 日)				( × )						
	医療機関に初診の時期 (年 月 日)				( × )	(硬結・二重発赤・水泡・壊死)					
	結核と診断された時期 (年 月 日)				判定: -・+・++・+++ ✓						
現症	肺結核・肺外結核の(胸部等)エックス線写真略図及び臨床所見		学会分類	年 月 日撮影	菌陰性の場合の診断の根拠(QFT検査など)						
			r l b I II III (IV) 1 2 3 H Pl Op								
喀痰結核菌検査			診断時の核酸増幅同定検査 検査法(PCR法・法)	培養後の抗酸菌同定検査 検査法(核酸同定・法)	薬剤感受性検査成績						
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)	年 月 日実施	年 月 日実施	菌株日	年 月 日					
月 日			検査結果	検査結果	結核菌 (M. tuberculosis)	結核菌 (M. tuberculosis)	薬剤名	濃度 (μg/ml)	感受性		
月 日					陽性・陰性	陽性・陰性	INH	0.2	感	耐	
月 日					その他の抗酸菌 菌名 [ ]	その他の抗酸菌 菌名 [ ]	RFP	40	感	耐	
月 日					陽性・陰性	陽性・陰性	PZA	—	感	耐	
月 日					検査中	検査中	SM	10	感	耐	
月 日					検査未実施	検査未実施	EB	2.5	感	耐	
注) 初回申請時は、治療開始時の3連続検痰の結果を記入すること。					KM	20	感	耐			
					EVM	20	感	耐			
					TH	20	感	耐			
					CS	30	感	耐			
					PAS	0.5	感	耐			
					LVFX	1	感	耐			
今後の医療方針				治療終了予定日		年 月 日					
年 月 日					※ 病 型						
医療機関の所在地											
医療機関の名称					TEL						
医師の氏名											

受理年月日	年 月 日	郵送・持参	37条の2	判定	合格(承認・不承認)	不合格
受理番号	No.			受給者番号		
登録票番号	No.			通知書番号	No.	