

記入上の注意：該当する文字を で囲むこと。 は該当すればチェックレすること。

結核患者(入院勧告による入院)医療費公費負担申請書(法第 37 条)

西宮市長様

令和 年 月 日

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

患者との関係

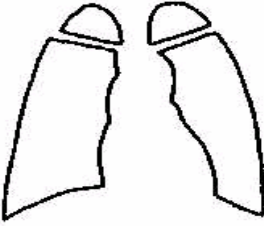
申請者の住所

TEL() -

ふりがな 患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					
保険者等の種別	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 介護保険 生保(保護受給中・保護申請中) その他()				
健保、共済、国保、 介護保険の記号番号	.	老人保健法による医 療の受給資格	有・無	年 月から老	

診 断 書

病名(1. 2.)	入院開始日	令和 年 月 日
------------	-------	----------

喀痰結核菌検査			結核菌同定検査	胸部エックス線	薬剤感受性検査成績				
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)			菌株日	濃度	感受性		
月 日			診 断 時	検体採取日 年 月 日 検体種類 (喀痰・他()) 検査法() 結果(陽性・陰性・ 検査中・未実施)		INH	0.2	感	耐
月 日							1	感	耐
月 日			培 養 後	検体採取日 年 月 日 検体種類 (喀痰・他()) 検査法() 結果(陽性・陰性・ 検査中・未実施)	年 月 日撮影 による写真提出時、及び 主治医が特に必要と認め るときに記載のこと	RFP	40	感	耐
月 日						PZA		感	耐
月 日						SM	10	感	耐
月 日						EB	2.5	感	耐
月 日						KM	20	感	耐
月 日						EVM	20	感	耐
月 日						TH	20	感	耐
月 日						CS	30	感	耐
月 日						PAS	0.5	感	耐
月 日						LVFX	1	感	耐

主治医意見 1 (応急入院及び初回入院延長 30 日) 令和 年 月 日
使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM EVM TH CS PAS LVFX () 副腎皮質ホルモン剤 無・有()
非結核性抗酸菌症判明の場合菌名()(初回のみ)
() のため入院延長が必要と考えられる。

主治医意見 2 (入院再延長 30 日について) 令和 年 月 日
使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM EVM TH CS PAS LVFX () 副腎皮質ホルモン剤 無・有()
() のため入院延長が必要と考えられる。

医療機関所在地 _____
医療機関名称 _____
主治医氏名 _____ 印 (又は自署)

初回及び入院再延長により入院延長 3 回目ごとに最新の胸部エックス線写真を提出し、前回提出の写真も添付すること。

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	令和 年 月 日 (郵送・持参)	病型	19 条・20 条 及び 37 条	入院 延長 回数	* 入院延長 (回目)
受理番号				判定	適・不適
登録票番号					