

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☑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

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

申請者の個人番号

ふりがな 患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	TEL				
個 人 番 号					
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) 後期高齢者 その他( )				

**診 断 書**

病名(1.		2. )		入院開始日	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)	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) 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) 培養後	 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	菌株日	年 月 日		
月 日					薬剤名	濃度	感受性	
月 日					INH	0.2	感	耐
月 日					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)				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)				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				※初回及び入院再延長により入院延長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。				
医療機関名称								
主治医氏名								

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	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	No.			判定	適・不適
登録票番号	No.				