

(様式第1号)

注)法第37条に基づく公費負担申請は、初回のみ提出してください。

入院勧告を延長した場合は、特に申出のない限り法37条に基づく公費負担も継続とします。

受付

受付No

感染症患者医療費公費負担申請書(結核用)

長野県知事 様 年 月 日 申請者の氏名

(長野県 保健所長) 申請者の住所

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。 患者との関係

(ふりがな) 患者の氏名 男 明・大 年 月 日生 歳 住 所 女 昭・平 TEL

被保険者等の別 健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢者 その他() 組合国保の場合組合名() 生保(保護受給中・保護申請書)

添付胸部X線写真枚数 枚 添付その他の画像枚数 枚

診 断 書

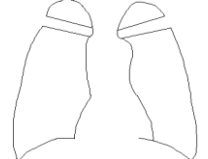
病 名 1. 2. 3.

医 療 の 種 類	化 学 療 法	1 初回治療	1 抗結核薬 () 剤使用 INH RFP RBT PZA	2 副腎皮質ホルモン剤 薬品名 ()	医療開始年月日 年 月 日
		2 再治療	SM EB KM TH		入院年月日 年 月 日
		3 継続	EVM PAS CS 上記のうち局所に用いるもの ()		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(実施)年月日 平成 年 月 日	外科的療法に必要な収容期間 術前 日間 術後 日間

合併既往歴 1 結核 治療歴など具体的に()
2 糖尿病 経口薬服用 インスリン使用
3 肝疾患 B型肝炎 C型肝炎 アルコール性肝炎 肝硬変 その他()
4 腎疾患() 5 悪性腫瘍() 6 免疫系疾患()
7 ステロイド使用() 8 その他()
(該当する数字に○ □は該当すればチェック)

現病歴 呼吸器症状の有無 (有・無)
呼吸器症状出現時期 (年 月 日) QFT 陽性 IFN-γA IU/mL
判定保留 IFN-γM IU/mL
陰性 IFN-γN IU/mL
判定不可

現 症



年 月 日撮影

※ 学会分類
r l b
I II III IV V
1 2 3
H pl op

その他の所見
(肺外結核の場合は、そのX線写真略図及び臨床所見)

菌陰性・肺外結核・潜在性結核の診断根拠(ADA値、ツ反等)

喀痰結核菌検査			薬剤感受性検査成績		診断時の核酸増幅同定検査		培養後の抗酸菌同定検査	
実施日	塗抹	培養	薬品[μg/ml]	年 月 日	検査法(PCR法・法)		検査法(核酸同定・法)	
月 日			INH [0.2]	感 耐	平成 年 月 日実施		平成 年 月 日実施	
月 日			RFP [40]	感 耐	検査結果	結核菌(M. tuberculosis) 陽性・陰性 その他の抗酸菌 菌名() 陽性・陰性 検査中 検査未実施	検査結果	結核菌(M. tuberculosis) 陽性・陰性 その他の抗酸菌 菌名() 陽性・陰性 検査中 検査未実施
月 日			S M [10]	感 耐				
月 日			E B [2.5]	感 耐				
月 日			PZA [-]	感 耐				
月 日				感 耐				
月 日				感 耐				

今後の医療方針 ◎ 継続申請をする場合は、今後の方針及びその理由を記入
1. 今後 か月間治療を継続する。 2. 感染症診査協議会の意見()について)を聞きたい 3. その他

年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 印 ※感染症診査協議会の意見 医療内容 1 合格 2 不合格 ()