結様式第19号

結核医療費公費負担申請書

宮崎県知事殿

年　月　日

37条の2	新規
	継続
	再開

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　TEL

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2の規定により医療費公費負担を申請します。

フリガナ							
患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年　月　日	年令	才
個人番号		住所					
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)　後期高齢者医療　生保(受給中・申請中)　その他(　　)						
添付X線写真の枚数	枚						

診断書

病名　1.　2.　3.

医療の種類 化学療法	1 初回治療 2 再治療 3 継続	1 抗結核薬 (　　)剤使用	1 薬剤名 INH RFP(RBT) EB SM PZA KM LVFX PAS CS TH DLM BDQ 2 1のうち局所療法に用いるもの(　　)	受療状況 1 外来治療 2 入院治療
		2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名(　　)	医療開始予定年月日 年　月　日
外科的療法	1 肺結核	1 肺虚脱療法(　)2 空洞直達療法(　)3 肺切除術(　)		
	2 結核性膿胸		4 泌尿器結核	入院年月日 年　月　日
	3 骨関節結核		5 その他(　　)	
骨関節結核の装具療法				
収容	日間(術前　日間、術後　日間)		手術予定(実施)年月日	年　月　日

現症

胸部X線写真略図

年月日撮影	学会分類	
	r　l　b	
	0 Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ Ⅵ	
	H　P l　O p	
	1　2　3	

その他の所見(肺外結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見)

検査実施日		月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
結核菌検査	検体名						
	塗抹						
	培養						
	その他						

感受性試験 薬品[μg/ml]	年　月	年　月
INH [0.2]	感 不完 完	感 不完 完
RFP [40]	感 不完 完	感 不完 完
S M [10]	感 不完 完	感 不完 完
E B [2.5]	感 不完 完	感 不完 完
[　]	感 不完 完	感 不完 完
[　]	感 不完 完	感 不完 完
[　]	感 不完 完	感 不完 完

※初めて結核と診断された時期	年　月頃	※ツ反応陽転期	年　月頃	菌陰性化の時期	年　月頃

※結核に関する既往の医療
年　月 ～　年　月　INH RFP SM EB PAS その他(　　)
年　月 ～　年　月　INH RFP SM EB PAS その他(　　)

備考

IGRA検査

QFT検査　年　月　日　陽性・陰性・判定不能　Nil値(　)TB1値(　)TB2値(　)Mitogen値(　)

T-SPOT検査　年　月　日　陽性・判定保留・陰性・判定不能　パネルA(　)　パネルB(　)

最新のツ反結果

年　月　日 (　×　)/(　×　)(　×　)(　　)

BCG接種歴
1 有　年　月
2 無　3 不明

その他、現在までに実施した医療の概要及び今後の医療の基本方針等

※化学療法の予定期間:　ヶ月間　(　年　月まで)

継続の場合	
前回患者票	自　年　月　日
有効期間	至　年　月　日
記号番号	
※感染症診査協議会の意見	

37条の2
承認　(　ヶ月)
不承認

年　月　日　医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名　㊞

・今回限り・保留・特記

記入上の注意

1 該当する文字については、その文字(頭数字があるときは、その数字)を○で囲んでください。
2 ※を付した欄は、初回申請の場合のみ記入してください。
3 血沈及び結核菌検査の欄は、過去過去6ヶ月に行った検査結果を記入してください。
4 備考の欄は、①QFT検査の結果、②15歳以下の患者についてはツベルクリン反応検査の成績及びBCG接種歴の有無、③その他参考となるべき事項を記入してください。
なお、生保患者について入院を要する場合は、その理由を記入してください。
5 生保患者の場合には、この診断書の写しを生活保護法による診療要否意見書又は結核入院要否意見書として福祉事務所が使用しますので、診断書及びその写し各1通を保健所に提出してください。
6 提供いただいた個人番号は、本申請に係る事務のみに使用しそれ以外の利用目的では利用いたしません。なお、提供後に個人番号が変更になった場合は、速やかにお知らせください。
7 申請にあたっては、肺結核、粟粒結核、結核性胸膜炎又は結核性膿胸であるときは胸部の、腎結核、尿管結核又は性器結核であるときは造影法による人、尿管又は性器の、骨関節結核であるときは骨及び関節のエックス線直接撮影写真であって申請前3月以内に撮影したものを添付してください。