

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)

兵庫県知事・_____市長様 _____年 _____月 _____日

(神戸市・姫路市・尼崎市・西宮市・明石市は各市長に申請のこと。)

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 _____

電子メール _____

TEL() _____ 申請者の個人番号 _____

患者の氏名 <small>ふりがな</small>	性別	男・女	生年 月日	年 月 日
------------------------------	----	-----	----------	-------

住 所	TEL
-----	-----

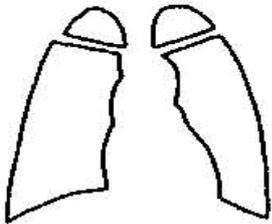
個人番号	_____
------	-------

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) その他()
---------	---

健保、共済、国保、 介護保険の記号番号	_____	高齢者の医療の確保に関する 法律による医療の受給資格	有・無	年 月から
------------------------	-------	-------------------------------	-----	-------

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	胸部エックス線検査	薬剤感受性検査成績			
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)			採取日	濃度	感受性	
月 日			検体採取日 _____ 年 月 日 検体種類 _____ 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	薬剤名	濃度	感	耐
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 (□初回入院延長 30 日) _____ 年 月 日
 ・使用薬剤 INH RFP PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ () ※RBT は重篤な副作用等の場合
 ・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()
 □ () のため入院延長が必要と考えられる。

主治医意見 2 (□入院期間延長 30 日について) _____ 年 月 日
 ・使用薬剤 INH RFP PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ () ※RBT は重篤な副作用等の場合
 ・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()
 □ () 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	年 月 日	受理番号	No. _____	登録票番号	No. _____
協議会の意見	(病型 _____)			入院延長回数	回目 _____