

結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書

世田谷区長 あて

□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。

□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施行細則第19条に基づく医療費助成(新規認定・更新)を申請します。

申請者氏名
申請者住所
電話番号 ()
患者との関係
申請者の個人番号

Grid for applicant's personal number

(申請者が患者本人である場合は、左欄に記入)

Main application form with sections: 患者の個人番号, フリガナ, 患者氏名, 生年月日, 住所, 電話番号, 保険種類, 添付エックス線写真の枚数, 貴院カルテNo., 診断書, I 病名, II 経過, III 現在の受診状況, IV 治療方針, V 化学療法終了の時期, VI ツベルクリン反応・QFT等

Ⅶ 結核に関する既往医療 (1) 今回の治療 1 ①初回治療 ②継続治療 2 再治療 3 不明 (2) 再治療の場合、既往医療 年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他 () : 医療機関名 () 年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他 () : 医療機関名 () 年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他 () : 医療機関名 ()	保健所記入欄 発生動向調査コード 治療区分																																																													
Ⅷ 今回の治療内容 (1) 化学療法 年 月 日から 抗結核薬 () 剤使用 1 INH 2 RFP 3 RBT 4 SM 5 EB 6 KM 7 TH 8 EVM 9 PZA 10 PAS 11 CS 12 その他 () 1から12までのうち局所療法に用いるもの () (2) 副腎(じん)皮質ホルモン剤の使用の有無 1 有(薬品名) 2 無 (3) 外科的療法 1 肺結核 2 結核性膿(のう)胸 3 泌尿器結核 4 骨関節結核 5 その他 () 方法等 [] 手術予定(実施)時期 (年 月 日) 外科手術のための入院 日間(術前 日から 術後 日まで)	結核薬 副腎(じん)皮質ホルモン 最新塗抹																																																													
Ⅸ 検査 (1) 菌所見(検査中のものは、当該検査の欄へその旨をご記入ください) 検体記号(1-(1)痰(たん) 1-(2)胃液 1-(3)喉(こう)頭粘液 2-(1)気管支洗浄液 2-(2)経気管支肺生検 3 尿 4 膿(うみ) 5 穿(せん)刺液 6-(1)組織 6-(2)他)	最新培養 1 陽性 2 陰性 3 検査中 4 未実施 5 不明 最新培養 1 陽性 2 陰性 3 検査中 4 未実施 5 不明 6 非定型抗酸菌 検体の種類 薬剤耐性																																																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検体採取年月日</th> <th>塗抹</th> <th>培養</th> <th>病原体</th> <th>同定の方法(PCR法等)</th> <th>検体採取年月日</th> <th>塗抹</th> <th>培養</th> <th>病原体</th> <th>同定の方法(PCR法等)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法</td> </tr> </tbody> </table> (2) 菌陰性化時期 年 月 日 (3) 薬剤耐性試験成績 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>治療開始時/実施 年 月</th> <th>最新(実施 年 月)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S M</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td>INH</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td>RFP</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td>EB</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> </tbody> </table>	検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法(PCR法等)	検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法(PCR法等)	/ /	号	個	菌	法	/ /	号	個	菌	法	/ /	号	個	菌	法	/ /	号	個	菌	法	/ /	号	個	菌	法	/ /	号	個	菌	法		治療開始時/実施 年 月	最新(実施 年 月)	S M	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)	INH	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)	RFP	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)	EB	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)		μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)		μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)	1 INH、RFP 2 INHのみ 3 RFPのみ 4 その他のみ 5 耐性なし 6 不明 学会分類 部位
検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法(PCR法等)	検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法(PCR法等)																																																					
/ /	号	個	菌	法	/ /	号	個	菌	法																																																					
/ /	号	個	菌	法	/ /	号	個	菌	法																																																					
/ /	号	個	菌	法	/ /	号	個	菌	法																																																					
	治療開始時/実施 年 月	最新(実施 年 月)																																																												
S M	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)																																																												
INH	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)																																																												
RFP	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)																																																												
EB	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)																																																												
	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)																																																												
	μg/ml (耐性・感受性)	μg/ml (耐性・感受性)																																																												
X 最新のエックス線及びCT所見 (1) エックス線写真略図及びその他の所見(肺外結核の場合も同様) (2) 撮影時期 年 月 日 (3) 学会分類 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>部 位</td> <td>① r</td> <td>② l</td> <td>③ b</td> <td>④ 該当なし</td> </tr> <tr> <td>性 状</td> <td>① I</td> <td>② II</td> <td>③ III</td> <td>④ pl ⑤ H</td> </tr> <tr> <td></td> <td>⑥ 0 p</td> <td>⑦ IV</td> <td>⑧ V</td> <td>⑨ 0</td> </tr> <tr> <td>拡がり</td> <td>① 1</td> <td>② 2</td> <td>③ 3</td> <td>④ 該当なし</td> </tr> </tbody> </table>	部 位	① r	② l	③ b	④ 該当なし	性 状	① I	② II	③ III	④ pl ⑤ H		⑥ 0 p	⑦ IV	⑧ V	⑨ 0	拡がり	① 1	② 2	③ 3	④ 該当なし	(4) CT所見(必要に応じ) 撮影時期 年 月 日 性 状 拡 が り																																									
部 位	① r	② l	③ b	④ 該当なし																																																										
性 状	① I	② II	③ III	④ pl ⑤ H																																																										
	⑥ 0 p	⑦ IV	⑧ V	⑨ 0																																																										
拡がり	① 1	② 2	③ 3	④ 該当なし																																																										
備考 年 月 日 医療機関所在地 医療機関の名称 電話 () 医 師 名	注意1 該当する文字については、その文字(頭数があるときは、その数字とする。)を○で囲んでください。 2 生活保護を受けている患者その他これに準ずる者の場合は、この診断書を2部(1部は写し)提出してください。 3 継続申請する場合は、エックス線写真その他関係書類を添えて、患者票の有効期限の2週間前までに必ず住所地を所管する保健所長あて再申請してください。 感染症の診査に関する協議会意見																																																													