

結核医療費公費負担申請書

船橋市保健所長 あて

申請者氏名

申請者住所

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

申請者個人番号

患者氏名 男・女 生年月日 明・大 昭・平・令 年 月 日 歳

患者住所 電話番号 ()

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 生活保護(受給中・申請中) その他()

患者個人番号

添付写真
の枚数単純
CT他枚
枚

診 断 書

病 名 1. 2. 3.

今回の治療開始日

令和 年 月 日

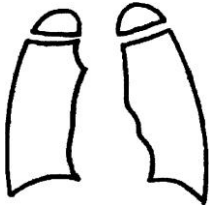
入院日

令和 年 月 日

治 療 内 容	1. 初回治療	化学療法	抗結核薬 ()剤使用	INH RFP SM EB PZA LVFX KM TH EVM PAS CS RBT DLM	うち局所療法に使用する薬剤 ()	
			副腎皮質ホルモン剤	薬剤名()		
	2. 継続	外科的療法	1.肺結核 2.結核性膿胸 3.骨関節結核 4.泌尿器結核 5.その他()			
			手術	予定・実施 年 月 日(内容)		
3. 再治療	装具療法	有 ()				

化学療法について

- この申請を最後として化学療法を終了する。
- 治療をなお継続する必要がある。(年 月まで予定)
- 化学療法を(終了・継続)したいが、感染症診査協議会の意見を聞きたい。

胸部
X
線
写
真年
月
日
撮
影

学会分類

r l b
I II III IV V
1 2 3
H pl op 0

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)

結
核
菌
検
査

連続菌検査結果
塗抹G 号(月 日)
塗抹G 号(月 日)
塗抹G 号(月 日)
PCR (+・-・未)
培養 (+・-・未)
同定 ()

検体

喀痰・胃液・咽頭粘液・気管支洗浄液・気管支肺生検・尿・膿・穿刺液・組織・その他

月/日

/ / / / / / / / / /

塗抹

培養

耐性検査(年 月)

INH(感・耐) RFP(感・耐) SM(感・耐) EB(感・耐) PZA(感・耐) (感・耐)

IGRA
検査陽性・陰性・保留・不可
実施日(年 月 日)ツベルクリン反応検査
判定日(年 月 日)×
× (×)mm・出血
・水疱
・壊死BCG
接種歴有
無
不明

結核の治療歴

昭・平・令 年 月～ 年 月()

備 考

令和 年 月 日

医療機関の住所

医療機関電話番号

医療機関の名称

医師の氏名

㊞

※裏面の「申請上の注意」をご覧ください。

医療機関の方へ

1. 該当する項目又は数字を○で囲んでください。
2. 結核菌検査欄は、過去6月間に実施した検査結果を記入してください。
3. 結核菌陰性又は、肺外結核の場合はその他の所見欄にできるだけ詳しく診断根拠を記載してください。
4. 3月以内の胸部エックス線写真を申請書に添付してください。
5. CT等がありましたら、一連の写真を添付してください。
6. 継続申請の場合は、必ず初回申請時、前回申請時のエックス線写真と3月以内のエックス線写真を添付してください。
7. 肺外結核の場合は、必ず胸部エックス線写真の他に、該当部位の画像も添付してください。
8. 申請者は、患者本人もしくは患者が未成年の場合は保護者になります。

申請書提出先

船橋市保健所健康危機対策課 結核感染症係

〒273-8506 船橋市北本町 1-16-55

TEL : 047-409-2867 FAX : 047-409-6301

E-mail : kenkokikitaisaku@city.funabashi.lg.jp