

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

三重県 保健所長 へ

申請者	氏名											
	住所											
	患者との関係	本人 ・ 続柄()										
	個人番号 (患者本人以外)											
	電話番号	()										

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条及び第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	フリガナ 氏名	_____										
	住所								電話番号	市外局番 ()		
	生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日	(歳)	性別	男 ・ 女				
	患者職業											
	個人番号											
保険の種類	健保(本人 ・ 家族) 国保(一般 ・ 退職本人 ・ 退職家族) 後期高齢者医療制度 生保(保護受給中 ・ 保護申請中) その他()											
添付 X 線 写真 の 枚 数 ※ 結核患者の申請時に記入ください		枚(内 断層 CT MRI 枚)										


【備考】

番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号付) <input type="checkbox"/> その他()	(確認者)	(番号)
本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身障者手帳	

患者氏名 _____ 性別 男 女 生年月日 M.T.S.H.R 年 月 日 (歳) (裏)

診 断 書		
病 名	1 _____ 2 _____ 3 _____	
合併症	1 _____ 2 _____ 3 _____	
医療区分	1 感染症法第37条 2 感染症法第37条の2	
治療方針	1 標準療法により、化学療法終了予定。 2 次の理由により継続が必要(_____) 3 感染症の診査に関する協議会の意見を聞きたい。 4 その他、標準療法以外の治療など(_____)	

就業制限の必要性の有無		1 休 業	2 不 要			
医 療 の 種 類	化 学 療 法	1 初回治療	1 抗結核薬 INH RFP (又はRBT) PZA SM EB LVFX KM () 剤使用 TH EVM PAS CS DLM	3) 1)のうちINH、RFP、PZA(初回のみ)を使用しない理由。 ①()に耐性のため。 ②()に副作用があるため。 ③高齢のため。 ④その他()	医療開始予定年月日 年 月 日	
		2 初回治療継続			入院年月日 年 月 日	
	3 再治療	2) 1)のうち局所療法()に用いるもの。 2 副腎皮質ホルモン剤 薬品名() 3 その他の薬剤 薬剤名()	年 月 日		退院年月日 年 月 日	
	4 再治療継続		年 月 日		年 月 日	
5 潜在性結核感染症	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() (療法: _____)		手術予定(実施)年月日 _____ 年 月 日		収容 _____ 日間(術前 _____ 日術後 _____ 日)	
外科的療法		骨関節結核の装具療法				

現 症	胸部 X 線 撮 影 略 図 	年 月 日 撮 影	CT所見、病理組織結果等 _____ 年 月 日	臨床所見、その他の所見	
			咳 有(_____ 年 月 日より) 無	咯痰 有 _____ 無	発熱 有(_____ °C) 無

結核菌検査等	検体採取時期 ※最新の採取時期から記載	塗抹	培養	診断時又は培養後の 抗酸菌同定検査	注) 検体の種類	注) 備考	薬剤感受性試験 薬品(μg/ml)	初 回 年 月	最 新 年 月
	年 月 日	陽性()・陰性	陽性・陰性・検査中()法	結核菌 陽性・陰性				INH (0.2)	感・耐
年 月 日	陽性()・陰性	陽性・陰性・検査中()法	結核菌 陽性・陰性				RFP (40)	感・耐	感・耐
年 月 日	陽性()・陰性	陽性・陰性・検査中()法	結核菌 陽性・陰性				S M (10)	感・耐	感・耐
年 月 日	陽性()・陰性	陽性・陰性・検査中()法	結核菌 陽性・陰性				E B (2.5)	感・耐	感・耐
年 月 日	陽性()・陰性	陽性・陰性・検査中()法	結核菌 陽性・陰性				PZA	感・耐	感・耐
年 月 日	陽性()・陰性	陽性・陰性・検査中()法	結核菌 陽性・陰性					感・耐	感・耐
年 月 日	陽性()・陰性	陽性・陰性・検査中()法	結核菌 陽性・陰性					感・耐	感・耐

注)「検体の種類」欄には下記の該当番号、「備考」欄には検査法及び抗酸菌の種類等を記入する。

- 1 咯痰 2 喉頭粘液 3 液 4 気管支洗浄液 5 穿刺液 6 膿・浸出液 7 尿 8 組織・その他

ツ反(最新のもの)	年 月 日 長径 (_____ mm)硬結 (_____ mm)発赤	二重発赤・壊死・水疱・出血	QFT 性 _____	測定値 A (_____)IU/ml
結核に関する既往の医療	年 月 ~ 年 月 INH RFP PZA EB SM その他() 年 月 ~ 年 月 INH RFP PZA EB SM その他()	T-SPOT 性 _____	測定値 (_____)	
備 考	治療についての意見および症状、その他患者が乳幼児の場合は、BCG接種の有無(有の場合には最終接種年月日)を記入のこと。			感染症の診査に関する協議会の意見

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	医療機関の所在地 _____
医療機関の名称 _____	医師の氏名 _____ 印 _____

記入上の注意

- 該当する文字については、その文字(頭数字があるときは、その数字のみとする。)を○で囲むこと。
- ※印欄は、初回申請又は、患者の住所地以外の保健所へ提出する場合のみ記入すること。
- 「結核菌検査等」欄は、過去6ヵ月間に行った検査結果を記入すること。ただし、法第37条の2の場合の「血沈」欄は、直近の検査結果のみを記入すれば足りること。
- 法第37条の申請の場合は、「備考」欄に入所以来実施した医療の概要及び今後の医療の基本方針を記入すること。
- 生活保護患者の場合には、この診断書を2通(1通は写し)提出すること。なお、生活保護患者について入院を要する場合には、「備考」欄にその理由を記入すること。
- 医療の種類「3その他の薬剤」欄は、治療状況把握のために記入すること。