

記入上の注意：該当する文字を○で囲むこと。□は該当すればチェック☑すること。

結核患者医療費公費負担申請書 B (診断書) 【37条・37条の2】

令和 年 月 日

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒 市		(TEL)		

診断名	肺結核 結核性胸膜炎 結核性膿胸 肺門リンパ節結核 粟粒結核 結核性髄膜炎 脊椎結核 潜在性結核感染症 他の骨・関節結核 () 他のリンパ節結核 () 尿路結核 他の肺外結核 ()
-----	--

合併症	有・無 塵肺 糖尿病 低肺機能 肝障害 高血圧症 その他 (アルコール障害 難病 ステロイドホルモン使用 腎透析 HIV)
-----	---

医療開始予定年月日	年 月 日	申請時	入院・通院	入院年月日	年 月 日
-----------	-------	-----	-------	-------	-------

化学療法	1 初回治療	1 抗結核薬 () 剤使用	1 薬品名 INH・RFP・RBT・PZA・SM・EB・LVFX KM・TH・EVM・PAS・CS・DLM・BDQ
	2 再治療		2 1のうち局所療法に用いるもの ()
	3 継続	2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名 ()

外科的療法	1 器具・その他 2 その他 ()	収容日数	術前 日間, 術後 日間
-------	--------------------	------	--------------

結核に関する既往の医療 (初回のみ記入)	年 月 ~ 年 月 INH・RFP・SM・EB・PAS・PZA・その他 ()
----------------------	---

初めて結核と診断された時期	年 月頃	BCG接種歴(無・有)	年 月 日
---------------	------	-------------	-------

最新のIGRA () QFT・T-spot (陽性・陰性・判定保留・不可)	最新のツ反() 陽転時期() 副反応(硬結・二重発赤・水疱・潰瘍)	× × (×)
--	---	--------------

喀痰結核菌検査			結核菌同定検査	胸部エックス線	薬剤感受性検査成績			
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固体・液体)			菌株日	令和 年 月 日	薬剤名	濃度
月 日			検体採取日 令和 年 月 日 検体種類 (喀痰・他()) 検査法() 結果(陽性・陰性・ 検査中・未実施)	 病型 () 令和 年 月 日撮影	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					TH	20	感	耐
月 日					EVM	20	感	耐
月 日					PAS	0.5	感	耐
月 日					CS	30	感	耐
月 日			LVFX	1	感	耐		

主治医意見

今後の治療方針	1. 標準治療 () 剤 (6箇月治療・9箇月治療) (いずれかに○印) で治療の予定 2. 次の理由により入院延長・治療延長が必要 () 3. 感染症の診査に関する協議会の意見が聞きたい () 4. その他、標準治療以外の治療など () 5. 標準治療未実施理由 (高齢のため・副作用のため・薬剤耐性のため・その他< >
---------	---

医療機関所在地		※申請毎に最新のX線写真を提出し、継続の場合には、前回提出のX線写真も添付すること。
医療機関名称		
主治医氏名		

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	令和 年 月 日	病型	19条・20条 及び37条 37条の2	判定	適・不適
受理番号	No.			受給者番号	
登録番号	No.			自己負担額	無・20,000円

結核医療費公費負担申請書の提出方法【郵送・持参・その他 ()】