

結核医療公費負担申請書

福岡県知事 殿

年 月 日

ふりがな
申請者の氏名

申請者の住所

患者との関係 電話 ()

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。
第37条の2

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明 昭 大 平 年 月 日 令 (歳)
患者氏名					
住 所	TEL ()				
個人番号					
保険者等の種別	健康保険 (本人・家族) 国民健康保険 (一般・退職者本人・退職家族) 生活保護 (受給中・申請中) その他 ()				高齢者の医療の確保に関する法律 の後期高齢者医療制度の受給資格 有・無 年 月 日 から
添付X線写真の枚数	CD	枚			
X線	枚	CT	件		

申請書添付書類

- 1 医師の診断書(別紙様式)
- 2 X線写真(申請前3か月以内のもの)
- 3 自己負担額認定に必要な書類(第37条申請で初回時と7月1日を基準とした継続時)
 - (1) 患者の属する世帯全員の住民票(続柄記載)
 - (2) 患者・患者の配偶者・患者と生計を一にする民法877条第1項に定める扶養義務者の市町村民税所得割額の証明書
*単身世帯等で住民税が非課税の場合は、個人番号の記載により省略が可能となります。
 - (3) 生活保護法による保護を受けている方は福祉事務所発行の保護証明書。

記入上の注意

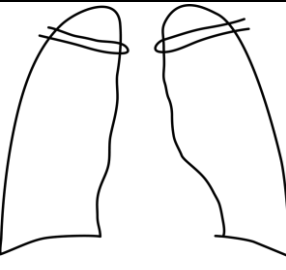
該当する文字については、その文字を○で囲んでください。

※1 延長の場合は、前回申請時に添付したX線写真等、参考になるものがあれば添付してください。

※2 手続についてご不明な点がございましたら、お気軽に保健所にお尋ねください。

患者票 番号 (記入しない)		有効期限 (記入しない)	・ ~ ・
----------------------	--	-----------------	-------

診 断 書

フリガナ				性別	男・女	生年月日	明 大 平 令	年 月 日	() () ()	
患者氏名				性別	男・女	生年月日	明 大 平 令	年 月 日	() () ()	
診断名	1	2		3						
合併症名	1 あり(塵肺 糖尿病 低肺機能 肝障害 高血圧症 その他()) 2 なし									
医療の種類	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			医療開始予定年月日 年 月 日		
		2 再治療			2 1のうち局所療 () 法に用いるもの			入院年月日 年 月 日		
	3 継続	2 副腎皮質ホルモン					退院(予定)年月日 年 月 日			
	外科的療法	1 肺結核	1 肺虚脱療法()		2 空洞直達療法()		3 肺切除術()			
		2 結核性膿胸			4 泌尿器結核					
		3 骨関節結核			5 その他()					
	骨関節結核の装具療法									
	収容	日間(術前 日間、術後 日間)		手術予定(実施)年月日		年 月 日				
現症	胸部X線写真略図			学会分類			その他の所見(肺結核の場合は、そのX線写真略図及び胸膜炎の場合は、胸水等の所見)			
				r	l	b				
				I	II	III				
		1	2	3						
		撮影日	年 月 日	H	pl	OP				
下記(i)、(ii)の標準治療ができない場合は治療内容と、その理由(「結核医療の基準」をご参照下さい) ○標準治療(i): □2HRZS(E)+4HR(S又はE)=6月(180日) ○標準治療(ii): (PZA使用不可の場合) ① □2HRS(E)+7HR=9月(270日) ② □6HRS(E)+3HR=9月(270日)										
標準治療以外の治療内容					左記の理由					
結核菌検査	検体採取日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	薬剤感受性検査		
	結果判明日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	薬品	治療開始時	最新
	塗抹	号	号	号	号	号	号	[mcg/ml]	年 月 日	年 月 日
	結果判明日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	INH[0.2]	感受性 耐性	感受性 耐性
	培養	個	個	個	個	個	個	RFP[40]	感受性 耐性	感受性 耐性
核酸増幅法(PCR)	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
検体の種類	1. 喀痰 2. 胃液 3. 気管支洗浄液 4. その他()							SM[10]	感受性 耐性	感受性 耐性
結核の既往の医療	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他()					EB[2.5]	感受性 耐性	感受性 耐性	
	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他()					KM[20]	感受性 耐性	感受性 耐性	
	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他()					TH[20]	感受性 耐性	感受性 耐性	
	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他()					[]	感受性 耐性	感受性 耐性	
備考	(主治医の意見等)									
年 月 日 医療機関の所在地 _____ 医療機関の名称 _____ TEL () _____ 医師の氏名 _____ 印 _____										
(本人による署名の場合は押印は必要ありません)										

記入上の注意

該当する文字については、その文字を○で囲んで下さい。