第9号様式の6(第14条関係)

(表)

年　月　日

結核医療費公費負担申請書

殿

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。

申請者氏名　　患者との関係(　　)
申請者住所
電　話　(　　)
申請者個人番号

患者の個人番号												

(申請者が患者本人である場合は、左欄に記入)

フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日(　歳)
患者氏名				
住　所			電話	
保険種類	1社保本人　2社保家族　3国保一般　4国保退職本人　5国保退職家族 6後期高齢　7生保(受給中)　8生保(申請中)　9自費・その他(　　) 10不明			
添付X線写真の枚数	枚	貴院カルテNo.		

診　断　書

Ⅰ　病　名

1　　2　　3

Ⅱ　経　過

(1)　発病の時期　年　月　日　(2)　初診の時期　年　月　日

(3)　診断の時期　年　月　日　(4)　医療開始時期　年　月　日

Ⅲ　現在の受診状況

(1)　1　入院中　　2　外来治療中

入院年月日　年　月　日

(2)　入院理由(結核・結核外〔　　〕)

(3)　合併症
1じん肺　2糖尿病　3低肺機能　4肝障害　5高血圧症　6その他(　　)

(4)　非定型抗酸菌症　1　有　2　無

Ⅳ　治療方針

1　化学療法のみでよい。
2　一応化学療法を実施した上で、その後の方針を決める。
3　外科的療法を実施する(化学療法では効果が期待できない。)。
4　化学療法、外科的療法とも効果が期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施する。
5　その他(　　)

Ⅴ　化学療法終了の時期

1　この申請を最後として化学療法を終了する。
2　治療をなお継続する必要がある。
3　次のように考えるが、感染症の診査に関する協議会の意見を聞きたい(終了・継続)。
　化学療法の開始日(　　年　　月)(中断又は再治療の場合は再開日)

Ⅵ　ツベルクリン反応・QFT等

(1)　ツベルクリン反応(最新のもの)　×／×　(　×　)
(判定日　　年　月　日)

(2)　ツベルクリン反応陽転時期　　年　月

(3)　BCG接種歴　　1有(　　年　　月頃)　2無　3不明

(4)　リンパ球の菌持異蛋(たん)白刺激による放出インターフェロンγ試験(QFT等)
1陽性　2判定保留　3陰性　(実施日　　年　月　日)

保健所記入欄発生動向調査コード

保険の種類

診断名

11肺結核
12結核性胸膜炎
13結核性膿胸
14肺門リンパ節結核
15粟粒結核
21結核性髄膜炎
22脊椎結核
23他の骨・関節結核
24他のリンパ節結核
25尿路結核
26他の肺外結核

潜在性結核感染症

受療状況

1　入院中
2　外来治療中
3　治療なし
4　不明

合併症

非定型抗酸菌症

ツベルクリン反応

1－9mm以下
2＋10mm以上
3＋＋硬結
4＋＋＋二重発赤水疱
5不明　6未実施

B　C　G

Q　F　T

1陽性　2判定保留
3陰性　4判定不可
5結果不明　6未実施