

感染症(結核)患者医療費公費負担申請書関係書類									
(フリガナ)患者の氏名				男・女					
明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)				住所					
提出X線	①初診時	②前回申請	③最近撮影	合計					
写真内訳	枚	枚	枚	枚		前回公費負担者・受給者番号			

**診 断 書**

診断病名 : 1			2			3		
診断根拠	菌種名 : ①M. Tuberculosis ②その他( )							
	菌以外の理由 : X線所見 既往歴 組織学的 その他( )							

医療の種別	化学療法	1. 初回治療	① 抗結核薬	薬品名	今回申請分の医療開始年月日  令和 年 月 日  { 今後6ヶ月以内の終了計画あれば記載 } 令和 年 月 日終了予定 【37条の2の受療状況】 ①入院 : 令和 年 月 日から ②在宅
		2. 37条継続 (入院)	薬剤数 剤	INH RFP RBT SM EB PZA	
		3. 37条の2継続	・標準治療ができない理由 : ・初回排菌有りてPZAが使えない理由 :	KM TH EVM PAS CS DLM	
			②副腎皮質ホルモン剤	薬品名( )	

外科的療法	1 肺結核(切除術) ) 2 結核性膿胸 3 骨関節結核 4 泌尿器結核 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	令和 年 月 日

現症	胸部X線写真略図	年 月 日撮影	学 会 分 類	r l b I II III IV V 1 2 3 H PI OP	合併症 : 1 塵肺 2 糖尿病 3 低肺機能 4 肝障害 5 高血圧 6 その他( ) 最近の症状及び経過 :
	※ 本入院の継続の場合は、この欄の記入はなりません。				

実施月日							薬剤感受性試験結果(票)							
結核菌検査	塗抹	未/号	未/号	未/号	未/号	未/号	未/号	未/号	未/号	未/号	未/号	薬品(mcg/ml)	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	培養	未/個	未/個	未/個	未/個	未/個	未/個	未/個	未/個	未/個	未/個	INH [0.2]	感 不完 完	感 不完 完
	PCR MTD DDH : + - 未実施											RFP [40]	感 不完 完	感 不完 完
												SM [10]	感 不完 完	感 不完 完
未実施は未○	検体	喀痰 胃液	喀痰 胃液	喀痰 胃液	喀痰 胃液	喀痰 胃液	喀痰 胃液	喀痰 胃液	喀痰 胃液	喀痰 胃液	喀痰 胃液	EB [2.5]	感 不完 完	感 不完 完
		気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	気管支洗浄液	KM [40]	感 不完 完	感 不完 完
	材料	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他	TH [20]	感 不完 完	感 不完 完
		( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	EVM [20]	感 不完 完	感 不完 完
		( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	PAS [0.5]	感 不完 完	感 不完 完
		( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	CS [30]	感 不完 完	感 不完 完
( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	[ ]	感 不完 完	感 不完 完		
( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	[ ]	感 不完 完	感 不完 完		

令和 年 月 日	医療機関 : 〒 - 所在地
	電話( ) - 名称
	医師氏名 印