|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 結核医療費公費負担申請書  　　　年　　　月　　　日  （宛先）旭川市長  申請者の氏名  　　　　　　　　　申請者の住所  　　　　　　　　　申請者の個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　患者との関係　　　　　　　　℡  　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　　第37条の２の規定により，  医療費公費負担を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ふりがな)  患者の氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  |
| 生年月日 |  | | | 年　　月　　日　　歳 | | | | | | | 性　別 | | | 男 ・ 女 | | | |
| 被保険者等の別 | 健保（本人・家族）　　　　国保（一般・退職本人・退職家族）  後期高齢　　　　　　　　　生保（保護受給中・保護申請中）  労災（受給中・申請中）　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （入院勧告対象者の場合）入院勧告書の番号 | | | | | |  | | | 添付Ｘ線写真の枚数 | | | | | | 枚 | | |

　　 様式第24号

　(表)

記入上の注意

　　　　１　該当する文字については、その文字(題数字があるときは、その数字のみとする。)を○で囲むこと。

　　　　２　※印欄は、初回申請の場合のみ記入すること。

　　　　３　※※印欄は記入しないこと。

　　　　４　「結核菌検査」欄は、過去６カ月間に行った検査結果を記入すること。

　　　　５　「ＢＣＧ接種歴」欄については、15歳以下の患者について記入すること。

　　　　６　「備考」欄は、①入院勧告に関する意見、②その他参考となるべき事項を記入すること。

（　裏　面　も　ご　記　入　く　だ　さ　い　）

(裏)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診　　　　　　　　　　断　　　　　　　　　　書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | | １　　　　　　　　　２　　　　　　　　　３ | | | | | | | | | | | | | | | | ４　合併症  　糖尿病　　ＨＩＶ  　じん肺　　その他(病名　　　　　 　　 ) | | | | | | | | | | |
| 医　　療　　の　　種　　類 | 化　　学　　療　　法 | | １　初回治療  ２　再治療  ３　継続 | | | | | | １　抗結核薬  （　　　　）剤使用局所療法 | | | | | | １　薬品名  ＩＮＨ　ＲＦＰ　ＥＢ　ＰＺＡ　ＲＢＴ  ＳＭ　ＬＶＦＸ　ＤＬＭ　ＫＭ　ＴＨ  ＥＶＭ　ＰＡＳ　ＣＳ　ＢＤＱ  ２　１のうち局所療法に用いるもの  （　　　　　　　　　　　　　　　　）ＳＭ，ＩＮＨ，ＰＡＳ，ＫＭ，　ＶＭ，　ＴＨ，ＣＳ，ＰＺＡ，ＴｂＩ，ＥＢ，　ＣＰＭ，ＲＦＰ | | | | | | | | | | | | 医療開始予定年月日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| 入　院　年　月　日 | | |
| 年　　月　　日 | | |
| ２　副腎皮質ホルモン剤腎皮質ホルモン剤 | | | | | | 薬 品 名（　　　　　　 　　　 　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 外科的療法 | | | | | | | | １　肺結核　　２　結核性膿膿胸　　３　腎骨関節結核　　４　その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療法・術式（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨関節結核の装具療法 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術予定（実施）年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 手術に係る入院 | | | | 日間（術前　　日間、術後　　日間） | | | | | | | | | |
| 現 　症 | 年　月　日撮影  胸部Ｘ線写真略図 | | | | | | | ※※　学　会　分　類 | | | | | その他の所見（肺外結核の場合は、そのＸ線写真略図及びその他の所見） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ｒ　　　ℓ　　　ｂ  Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ  １　　　２　　　３  Ｈ 　 Ｐℓ 　 Ｏp | | | | |
| 結　核　菌　検　査 | 採　取　日 | | | 塗　抹 | | 培　養 | | | | 核酸増幅法  (　　　 )法 | | 検体の種類 | | | | | | | 薬　剤　感　受　性　検　査　初めて結核と診断された時期 | | | 薬剤(mcg/ml) | | 月　 日 | | | | | 月　 日 |
| ＩＮＨ〔0.2〕  ＲＦＰ〔40〕  ＳＭ　〔10〕  ＥＢ　〔2.5〕  (　 ) 〔 〕  (　 ) 〔 〕  (　 ) 〔 〕  (　 ) 〔 〕  (　 ) 〔 〕  (　 ) 〔 〕 | | 感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐 | | | | | 感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐  感　耐 |
| 月 　日 | | |  | | 個 | | | | －　＋ | | 喀痰　その他(　　　　 ) | | | | | | |
| 月 　日 | | |  | | 個 | | | | －　＋ | | 喀痰　その他(　　　　 ) | | | | | | |
| 月 　日 | | |  | | 個 | | | | －　＋ | | 喀痰　その他(　　　　 ) | | | | | | |
| 月 　日 | | |  | | 個 | | | | －　＋ | | 喀痰　その他(　　　　 ) | | | | | | |
| 月 　日 | | |  | | 個 | | | | －　＋ | | 喀痰　その他(　　　　 ) | | | | | | |
| 月 　日 | | |  | | 個 | | | | －　＋ | | 喀痰　その他(　　　　 ) | | | | | | |
| ツ反 | | 年 　月 　日  実施 | | | | | ( × ) | | | | ( × )㎜ | 硬結　二重発赤  水疱　壊死 | | | | | ＱＦＴ  検査歴 | 無 ・ 有 （　 年 　月）  陽性 判定保留 陰性 判定不可 | | | | | | | | ＢＣＧ  接種歴 | | 無 ・ 有  ( 年 月頃) | |
| ( × ) | | | |
| ※初めて結核と診断された時期 | | | | | 年　　月頃 | | | | | | ※ツ反応陽転時期 | | | 年　　　月頃 | | | | | | | 菌陰性化の時期 | | | | 年　　　月頃 | | | | |
| ※ | | | | | 年 　月 　日～ 　 年 　月 　日　ＩＮＨ ＲＦＰ ＰＺＡ　ＳＭ ＥＢ その他（　 　　）  年 　月 　日～ 　 年 　月 　日　ＩＮＨ ＲＦＰ ＰＺＡ　ＳＭ ＥＢ その他（　 　　）  年 　月 　日～ 　 年 　月 　日　ＩＮＨ ＲＦＰ ＰＺＡ　ＳＭ ＥＢ その他（　 　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　考 | | | | | １　入院勧告の意見  ２　その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| この欄は、法第37条の申請の場合にのみ記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※※ 感染症診査協議会の意見 | | | | | | |
| 入院以来実施した医療の概要及び今後の医療の基本方針 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 年　　　月　　　日  医療機関の所在地    医療機関の名称医療機関の名称  医師の氏名医師の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |