

結核医療費公費負担申請書

申請先
広島市保健所長

令和 年 月 日

申請者の氏名

申請者の住所

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
医療費公費負担を申請します。

第37条第1項

の規定により、

第37条の2第1項

患者との関係

患者の氏名		性別	男・女	明・大 昭・平・令	年 月 日	住所	
患者の個人番号		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)	生保(保護受給中・保護申請中)	その他()	

高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格 有(年 月から) ・ 無

添付のX線写真の枚数 枚 (入院勧告・措置患者の場合) 入院勧告書・措置通知書の番号 第 号

診 断 書

病 名 1 2 3

医 学 療 法	1 初回治療	1 抗結核薬	薬品名	INH RFP (RBT) EB SM PZA	医療開始予定年月日
	2 再治療	() 剤使用		LVFX KM TH EVM PAS	年 月 日
	3 継続			CS DLM BDQ ()	入院年月日
の 種 類	1 肺結核	1 肺虚脱療法	2 空洞直達療法	3 肺切除術	年 月 日
	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)	日間から術後	日間	手術予定(実施)年月日	年 月 日

現 症	胸部X線写真略図	年 月 日撮影	※※ 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 0 b I II III IV V 1 2 3 H P0 Op			

IGRA検査(QFT・T-SPOT)	採血年月日	年 月 日	結果	陽性・陰性・判定保留	耐性検査	薬品 [mcg/ml]	年 月	年 月
結核菌検査	塗抹	月 号	月 号	月 号		月 号	月 号	月 号
	培養	月 個	月 個	月 個	月 個	月 個	月 個	月 個

※ 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	INH RFP EB SM PZA その他()
※ 結核に関する既往の医療	年 月 ~ 年 月	INH RFP EB SM PZA その他()	年 月 ~ 年 月	INH RFP EB SM PZA その他()	年 月 ~ 年 月	INH RFP EB SM PZA その他()

備考	1 ツ反(最新のもの) 陰性 陽性 強陽性 2 BCG接種歴 無 有(年 月頃)	3 その他
----	---	-------

この欄は、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1項の申請の場合のみ記入すること。 ※※ 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

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

記入上の注意

- 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第16条の規定により、個人番号の提供の際は、本人確認に必要な書類を提示し、又はその写しを提出すること。
- 該当する文字については、その文字(頭数字があるときは、その数字のみとする。)を○で囲んでください。
- ※印欄は、初回申請の場合にのみ記入してください。
- ※※印欄は、記入しないでください。
- 「結核菌検査」欄は、過去6か月間に行った検査結果を記入してください。
- 「備考」欄は、①既往のツベルクリン検査の成績及びBCG接種歴の有無、②再治療の場合の意見、③その他参考となるべき事項を記入してください。なお、生保患者について入院を要する場合は、その理由を記入してください。
- 生保患者の場合には、この診断書の写しを生活保護法による診療要否意見書又は結核入院要否意見書として福祉事務所が使用するので、診断書及びその写し各1通を保健センターに提出してください。
- 法第37条の申請をする場合は、世帯員全員の住民票の写し、患者及び配偶者並びに患者と生計を一にする絶対的扶養義務者の市町村民税所得割の額が確認できる書類を添えて管轄の保健センターに申請してください。(これらの情報を市が保有する個人情報で確認することについて同意する旨の同意書を提出された場合、上記の書類の添付は原則不要になります。)
- 法第37条の2第1項の申請をする場合は、申請書にX線写真その他関係書類を添えて管轄の保健センターに申請してください。
- 申請書はA4規格以上の大きさの紙で提出してください。