

記入上の注意（裏面もお読み下さい）

1. 該当する文字については、その項目（頭に数字があるときは、その数字のみとする）を○で囲むこと。
2. ※印欄は、記入しないこと。
3. この申請書の公費負担の承認開始日は、**保健所が申請を受理した日**（FAXの場合送信日、郵送の場合消印日）となりますので、ご注意ください。

感染症患者（※結核・通院）医療費公費負担申請書（法第37条の2）		年 月 日
神戸市長 あて		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 _____ TEL _____
患者票を医療機関に直接送付することに同意のうえ申請します。		
(ふりがな) 患者の氏名	男 女	年 月 日生 歳 住所 _____ TEL _____
個人番号	被保険者の別	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢 生保(受給中・申請中) 介護保険 その他()
健保、共済、国保 介護保険の 記号・番号	添付X線 写真の枚数	<input type="checkbox"/> CD(CR/CT) <input type="checkbox"/> フィルム(枚) 入院勧告書の番号(特例該当者のみ)

医 師 記 入 欄

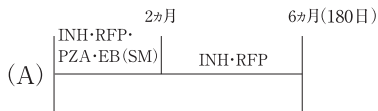
病名	1 _____ 2 _____ 3 _____																																																					
医療の種類	化学療法	1. 初回治療 (1)抗結核薬()剤使用 (2)結核に対する副腎皮質ホルモン剤 無・有() 2. 初回治療の継続 INH RFP RBT PZA SM EB 無・有() 3. 再治療 LVFX KM EVM TH CS 抗結核薬以外 [] 4. 再治療の継続 PAS DLM []																																																				
	外科的	1. 肺 2. 肺外 術式及び治療内容(骨・関節結核の装具療法を含む) _____ 部位 [] 手術予定年月日 _____ 年 月 日 外科的療法に必要な入院期間 日間 術前 日間 術後 日間																																																				
合併症歴	1. 結核 治療歴など具体的に() 2. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 経口薬服用 <input type="checkbox"/> インスリン使用 3. 肝疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> アルコール性肝障害 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他() 4. 腎疾患() 5. 悪性腫瘍() 6. 免疫系疾患() 7. ステロイド使用() 8. その他() (該当する数字に○。□は該当すればチェック。)	BCG接種歴 _____ (最終接種 _____ 歳時) 結核患者との接触 _____ (有の場合の詳細 _____)																																																				
	呼吸器症状の有無 (有・無) _____ 呼吸器症状の出現時期 (年 月 日) IGRA <input type="checkbox"/> QFT <input type="checkbox"/> T-SPOT 医療機関に初診の時期 (年 月 日) 値: _____ 結核と診断された時期 (年 月 日) 判定・陽性・陰性・判定保留・判定不能	年 月 日実施 硬結 _____ 年 月 日実施 (×) (×) mm (水疱・壊死) 判定: - . + . + . ++ . +++																																																				
現病歴及び現症	肺結核・肺外結核の(胸部等) X線略図及び臨床所見・菌陰性の場合の診断の根拠 _____ (ADA値: _____ 胸水・その他())																																																					
咯痰	結核菌検査	診断時の核酸増幅同定検査法(PCR法・LAMP法・ _____) 培養後の抗酸菌同定検査法(核酸同定・ _____)																																																				
	実施日	塗抹(直接・集菌) _____ 培養(固形・液体) _____ 年 月 日実施 年 月 日実施																																																				
	検査結果	結核菌 陽性・陰性 _____ 結核菌 陽性・陰性 _____ その他の抗酸菌 _____ その他の抗酸菌 _____ 菌名 [] 菌名 [] 陽性・陰性 _____ 陽性・陰性 _____																																																				
	検査未実施	検査中 _____ 検査中 _____ 検査未実施 _____ 検査未実施 _____																																																				
薬剤感受性検査成績	菌株採取日 _____ 年 月 日 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>薬剤名</th> <th>濃度 (μg/ml)</th> <th colspan="2">感受性</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>INH</td><td>0.2</td><td>感</td><td>耐</td></tr> <tr><td>INH</td><td>1</td><td>感</td><td>耐</td></tr> <tr><td>RFP</td><td>40</td><td>感</td><td>耐</td></tr> <tr><td>PZA</td><td>-</td><td>感</td><td>耐</td></tr> <tr><td>SM</td><td>10</td><td>感</td><td>耐</td></tr> <tr><td>EB</td><td>2.5</td><td>感</td><td>耐</td></tr> <tr><td>KM</td><td>20</td><td>感</td><td>耐</td></tr> <tr><td>EVM</td><td>20</td><td>感</td><td>耐</td></tr> <tr><td>TH</td><td>20</td><td>感</td><td>耐</td></tr> <tr><td>CS</td><td>30</td><td>感</td><td>耐</td></tr> <tr><td>PAS</td><td>0.5</td><td>感</td><td>耐</td></tr> <tr><td>LVFX</td><td>1</td><td>感</td><td>耐</td></tr> </tbody> </table>		薬剤名	濃度 (μg/ml)	感受性		INH	0.2	感	耐	INH	1	感	耐	RFP	40	感	耐	PZA	-	感	耐	SM	10	感	耐	EB	2.5	感	耐	KM	20	感	耐	EVM	20	感	耐	TH	20	感	耐	CS	30	感	耐	PAS	0.5	感	耐	LVFX	1	感	耐
薬剤名	濃度 (μg/ml)	感受性																																																				
INH	0.2	感	耐																																																			
INH	1	感	耐																																																			
RFP	40	感	耐																																																			
PZA	-	感	耐																																																			
SM	10	感	耐																																																			
EB	2.5	感	耐																																																			
KM	20	感	耐																																																			
EVM	20	感	耐																																																			
TH	20	感	耐																																																			
CS	30	感	耐																																																			
PAS	0.5	感	耐																																																			
LVFX	1	感	耐																																																			
今後の医療方針	(標準治療期間を超えて継続する場合は、その理由及びその他の意見を記入すること。) 1. 今回で治療を終了する 2. さらに _____ ヶ月治療が必要である 3. 感染症の診査に関する協議会の意見(_____ について)を聞きたい 4. その他 _____																																																					
年 月 日	医療機関の所在地 _____ 医療機関の名称 _____ TEL _____ 医師の氏名(_____ 科) _____																																																					
※病型及び感染症診査協議会の意見																																																						

受理年月日	年 月 日 (FAX・郵送・持参)	受理番号	No. _____	37条の2 判定	承認 ・ 不承認 ・ 不合格
-------	-------------------	------	-----------	----------	----------------

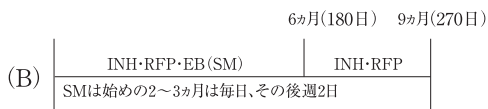
- 1 診断後、直ちに結核発生届を提出してください。
(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条)
- 2 公費負担申請書は、結核発生届とは別に提出してください。
(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2)
- 3 公費負担の承認開始日は、保健所が申請を受理した日 (FAXの場合送信日、郵送の場合消印日) となりますので、ご注意ください。

結核医療の基準 (平成21年2月施行)

肺結核初回治療



原則として、初期2ヵ月間はINH, RFP, PZA, EB(またはSM)の4剤併用。その後感受性検査結果が良好であればINH, RFPの2剤併用4ヵ月間、合計6ヵ月間。(180日)



PZAが使用できない場合、INH, RFP, EB(またはSM)の3剤併用で2ヵ月または6ヵ月間。(180日)
その後はINH, RFPの2剤併用3ヵ月間。合計9ヵ月間。(270日)

感染症患者(結核・通院)医療費公費負担申請書(法第37条の2)について

患者様が感染症・結核医療公費負担申請書を提出される場合、医師記入欄については各項目とも下記の点にご配慮のうえ、記入もれがないようにご注意ください。結核と診断されて結核に関する医療を受け始める日が医療開始(予定)年月日となります。なお、承認開始日は申請書を各保健センターで受理した日以降となり、遡ることができませんので二重線の中のみ記入していただいたらFAXでも受け付けます。その後、速やかに医師に必要事項を記入していただき、X線写真を添付して同じ各保健センターへ提出してください。

1. 結核菌検査について

- (1) 結核菌検査の結果が最も重要な情報です。診断根拠のひとつとして、菌検査の記入を詳しくお願いします。継続申請の際には前回申請時の喀痰検査の培養の結果も必ずご記入下さい。塗抹については(-)～(3+)またはGaffky号数、培養については(-)～(4+)または集落数で表示してください。
- (2) 菌の薬剤感受性はかわることがあります。結核菌が検出された場合には、適宜薬剤感受性検査を行い、最新の検査結果を必ずご記入ください。
- (3) 非結核性抗酸菌症は公費の適応外です。必ず抗酸菌同定検査を行い、結核菌であることをご確認ください。

2. X線写真について(デジタルデータでの添付が望ましいです)

- (1) 申請前3ヵ月以内(なるべく直近のものをお願いします)に撮影した胸部X線写真と、ありましたら病変の経過を比較する写真とをあわせて添付してください。CT撮影をされたときは、その写真も添付してください。
- (2) 診療上は胸部X線撮影を必要としない肺外結核については、結核と診断した根拠となる所見(例:局所の肉眼所見、生検組織の病理所見)を記入し、できるだけ罹患部位の画像(注腸造影、CT、MRI等)を添付してください。また胸部正面写真を撮影されている場合は所見の有無にかかわらず、その写真を添付してください(他人への感染性の有無を診査するためです)。

3. その他

患者票は、各医療機関あてにお送りしますので、患者様の転院・治療終了の際には各保健センターに返却していただきますようお願いいたします。

※FAX番号はお間違いのないようお願い申し上げます。

記入例、記載方法については、神戸市HPをご参考下さい。