

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

徳島県知事殿

申請者の氏名 申請者の住所 連絡先 (住所と異なる場合はご記入下さい) 患者との関係 電話

感染症法(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。

(申請者が保護者の場合) 個人番号

フリガナ患者氏名 性別 男女 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 住所 X線写真 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) 後期高齢者 生保(保護受給中・保護申請中) その他() 個人番号 枚

診 断 書

診断名 1 2 3 ※結核既往 有・無 合併症名 1塵肺 2糖尿病 3低肺機能 4肝障害 5高血圧症 6その他()

医療の療法の種類 1初回治療 2継続 3再治療 1抗結核薬()剤使用 ①薬品名 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ ②①のうち局所療法に用いるもの() ③①のうちINH、RFP、PZA(初回のみ)を使用しない理由 (1)()に耐性のため (2)()に副作用があるため (3)高齢のため (4)その他() 2副腎皮質ホルモン剤(薬品名()) 初回医療開始日 令和 年 月 日 継続 回目 今回医療開始予定日 令和 年 月 日 入院日 令和 年 月 日

外科的療法の種類 1肺結核 2結核性膿胸 3骨関節結核 4泌尿器結核 5その他() 収容 日間(術前 日間、術後 日間) 骨関節結核の装具療法 手術予定年月日 年 月 日

結核菌検査等 結核菌塗抹培養検査 検査日 検体種類 塗抹 培養 ※診断時の核酸増幅検査()法 培養後の抗酸菌同定検査()法 薬剤感受性検査成績 検査日 年月日 薬品(μg/ml) 感受性 INH(0.2) 感・耐 INH(1) 感・耐 RFP(40) 感・耐 PZA(酵法) 感・耐 SM(10) 感・耐 EB(2.5) 感・耐 ※発見時の菌所見(検体種類:) ①令和 年 月 日 塗抹()培養() ②令和 年 月 日 塗抹()培養() ③令和 年 月 日 塗抹()培養() *上記、検体種類は記号で記入してください。 1. 喀痰 2. 喉頭粘液等 3. 胃液 4. 気管支洗浄液 5. 穿刺液 6. 膿・浸出液 7. 尿 8. 組織・その他

現症 胸部X線写真略図 ※学会分類 r l b 0 I II III IV V 1 2 3 h Pl Op 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) IGRA検査(令和 年 月 日) QFT 結果(陰性・判定保留・陽性・判定不可) TB抗原(IU/ml) T-SPOT 結果(陰性・判定保留・陽性・判定不可) ESAT-6-NIL() CFP-10-NIL()

備考 最新のツ反(令和 年 月 日) × (×) mm (硬結・二重発赤・水疱・壊死) ※BCG接種 1有(年 月頃) 2無 3不明 その他

※初めて結核と診断された時期 年 月頃 ※ツ反陽転時期 年 月頃 菌陰性化の時期 年 月頃

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

この欄は、法第37条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 ㊟

