

記入上の注意：該当する文字を○で囲むこと。□は該当する項目に☑すること。

結核患者（入院勧告による入院）医療費公費負担申請書（法第37条）

神戸市長 あて 年 月 日

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条の規定により医療費公費負担を申請します。

申請者の氏名 患者との関係

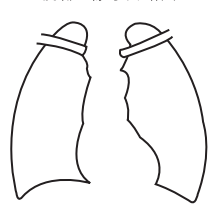
申請者の住所

申請者の個人番号 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。

フリガナ 患者の氏名		男 女	年 月 日生 歳
住 所	TEL		
個人番号		保険者等の種別	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 介護保険 後期高齢 生保(受給中・申請中) 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)

医 師 記 入 欄

病名 (1 2)		入院開始日 年 月 日																																																																																																																				
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">喀痰結核菌検査</th> <th colspan="2">結核菌同定検査</th> </tr> <tr> <td>実施日</td> <td>塗抹 (直接・集菌)</td> <td>培養 (固形・液体)</td> <td>検体採取日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>月 日</td> <td></td> <td></td> <td>検体種類 (喀痰・他 ())</td> </tr> <tr> <td>月 日</td> <td></td> <td></td> <td>検査法 ()</td> </tr> <tr> <td>月 日</td> <td></td> <td></td> <td>結果 (陽性・陰性・ 検査中・未実施)</td> </tr> <tr> <td>月 日</td> <td></td> <td></td> <td>検体採取日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>月 日</td> <td></td> <td></td> <td>検体種類 (喀痰・他 ())</td> </tr> <tr> <td>月 日</td> <td></td> <td></td> <td>検査法 ()</td> </tr> <tr> <td>月 日</td> <td></td> <td></td> <td>結果 (陽性・陰性・ 検査中・未実施)</td> </tr> </table>		喀痰結核菌検査		結核菌同定検査		実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)	検体採取日 年 月 日	月 日			検体種類 (喀痰・他 ())	月 日			検査法 ()	月 日			結果 (陽性・陰性・ 検査中・未実施)	月 日			検体採取日 年 月 日	月 日			検体種類 (喀痰・他 ())	月 日			検査法 ()	月 日			結果 (陽性・陰性・ 検査中・未実施)	<p>胸部X線写真略図</p>  <p>年 月 日撮影</p> <p>学会分類</p> <table border="1"> <tr> <td>r</td> <td>l</td> <td>b</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>V</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>Pl</td> <td>Op</td> </tr> </table>	r	l	b	I	II	III	IV	V		1	2	3	H	Pl	Op	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">薬剤感受性検査成績</th> </tr> <tr> <th>菌株日</th> <th colspan="3">年 月 日</th> </tr> <tr> <th>薬剤名</th> <th>濃度</th> <th colspan="2">感受性</th> </tr> <tr> <td>INH</td> <td>0.2</td> <td>感</td> <td>耐</td> </tr> <tr> <td></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> <tr> <td>RBT</td> <td></td> <td>感</td> <td>耐</td> </tr> </table>	薬剤感受性検査成績				菌株日	年 月 日			薬剤名	濃度	感受性		INH	0.2	感	耐		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	RBT		感	耐
喀痰結核菌検査		結核菌同定検査																																																																																																																				
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)	検体採取日 年 月 日																																																																																																																			
月 日			検体種類 (喀痰・他 ())																																																																																																																			
月 日			検査法 ()																																																																																																																			
月 日			結果 (陽性・陰性・ 検査中・未実施)																																																																																																																			
月 日			検体採取日 年 月 日																																																																																																																			
月 日			検体種類 (喀痰・他 ())																																																																																																																			
月 日			検査法 ()																																																																																																																			
月 日			結果 (陽性・陰性・ 検査中・未実施)																																																																																																																			
r	l	b																																																																																																																				
I	II	III																																																																																																																				
IV	V																																																																																																																					
1	2	3																																																																																																																				
H	Pl	Op																																																																																																																				
薬剤感受性検査成績																																																																																																																						
菌株日	年 月 日																																																																																																																					
薬剤名	濃度	感受性																																																																																																																				
INH	0.2	感	耐																																																																																																																			
	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																																																																																																																			
RBT		感	耐																																																																																																																			

主治医意見 1 (□応急入院及び初回入院延長30日) 年 月 日
 ・使用薬剤 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM EVM TH CS PAS DLM BDQ 副腎皮質ホルモン剤 無・有 ()
 ・非結核性抗酸菌症判明の場合菌名 () 抗結核薬以外 ()
 ・現病歴：
 () のため、応急入院及び入院延長が必要と考えられる。

主治医意見 2 (□入院再延長30日について) 年 月 日
 ・使用薬剤 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM EVM TH CS PAS DLM BDQ 副腎皮質ホルモン剤 無・有 ()
 ・現病歴：
 () のため入院延長が必要と考えられる。

医療機関所在地 _____
 医療機関名称 _____
 主治医氏名 (科) _____

入院延長 3 回目(応急入院及び初回入院延長30日は含まず)ごとに最新のX線写真を提出し、前回提出の写真も添付すること。

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	年 月 日 (FAX・郵送・持参)	病型及び感染症診査協議会の意見	19条・20条 及び37条	入院 延長 回数	入院延長 (回目)
受理番号	No.			判定	適・不適

- 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)

結核患者(入院勧告による入院)医療費公費負担申請書(法第37条)について

患者様が結核医療費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72時間以内の診査が必要となりますので、「**主治医意見1**」欄に病歴及び入院理由を速やかにご記入の上、FAXで居住地の区保健センターへ送ってください。その後、入院時喀痰検査の結果がでましたら追記していただき、胸部X線写真を添付して同じ区保健センターへご提出ください。

入院から33日(72時間+30日間)を超えて入院継続が必要な場合は「**主治医意見2**」欄に入院再延長が必要な理由を明記していただき、申請書のみ居住地の区保健センターへ、提出してください。その際はX線写真の添付は必須ではありません。FAXでも受け付けます。

以後30日ごとに同様に「**主治医意見2**」欄に入院延長理由を明記してご提出ください。胸部X線写真は入院延長3回目(応急入院及び初回入院延長30日は含まず)ごとに最新のX線写真を提出し、前回提出の写真も添付していただきますようお願い申し上げます(ただし、前回デジタルデータで提出されている場合は不要です)。なお、記入に際しては下記の点にご配慮願います。

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。入院延長申請の際には入院時または前回申請時の喀痰検査の培養の結果を必ずご記入ください。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。喀痰以外の菌検査の結果は、主治医意見欄に記載してください。
- (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。ただし、結核が強く疑われ入院した場合、結核菌が病因でないことが判明するまでは公費が適用されます。抗酸菌同定検査は必ず行ってください、結核が否定されましたら速やかにご連絡ください。

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)

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線写真と病変の経過を比較する写真がありましたらあわせて添付してください。断層撮影またはCT撮影をされたときは、その写真も添付してください。入院延長申請については3回目ごとに胸部X線写真を添付してください。

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・治療終了の際には区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。