様式第2号(第2条関係)

|  |
| --- |
| 結核医療費公費負担申請書 |
| 年　月　日　　(宛先)松山市長 |
| 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 3 7 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。申請者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者の住所　   申請者の個人番号　　　　　　　　　 患者との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者の氏名 | 　 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日(　　　歳)　　　 |
| 患者の住所 | 〒TEL　　　　―　　　　―　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者の個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 病名 | 　 |
| 保険者等の区分(いずれかを○で囲む) | 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療養の給付の受給資格 | 有　・　無 | 年　　　月　　　日から　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 介護保険法による医療の受給資格 | 有　・　無 | 年　　　月　　　日から　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 医療機関 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |

　(法第37条の場合の添付書類)

　　1　世帯全員の住民票

　　2　患者並びにその配偶者及び生計を同じくする扶養義務者の、当年度分(4月1日から6月30日に入院した場合は前年度分)の市民税･県民税課税(所得)証明書

　　3　生活保護受給者にあっては，所轄福祉事務所の発行する保護受給証明書

　　4　家族構成申告書

|  |
| --- |
| 結核患者個人票 |
| 病名 | 　　1　　　　　　　　　　　　　　　　2　　　　　　　　　　　　　　　　3 |
| 医療の種類 | 化学療法 | 1　初回治療2　再治療3　治療継続4　薬剤変更 | (1)抗結核薬(　　　　　　)剤使用INH　RFP（RBT） PZA　SM　EB　LVFX KM　TH　EVM　PASCS　DLM BDQ | (2)副腎皮質ホルモン剤(有　・　無)薬品名 | 医療開始予定年月日 |
| 年　　月　　日　 |
| 1　外来治療2　入院治療3　入院延長治療 | 上記のうち局所療法に用いるもの | 入院開始年月日 |
| 年　　月　　日　 |
| 入院(再)延長年月日 |
| 年　　月　　日　 |
| 療法外科的 | 1　肺　2　肺外部位 | 術式及び治療内容(骨・関節結核の装具療法を含む) | 手術予定(実施)年月日 | 外科的療法に必要な収容期間　　　日間　　術前　　　日間　　術後　　　日間 |
| 年　月　日　 |
| 既往歴 | 1　結核　2　糖尿病　3　肝疾患　4　腎疾患　5　悪性腫瘍6　免疫系疾患　7　その他(　　　　　　　　　　) | 結核患者との接触 | 有　・　無　・不明有の場合の詳細 |
| ※結核に関する既往の治療 | ※初めて結核と診断された時期 | 年　月頃 | 菌陰性化の時期 | 年　月頃 |
| 　年　月～　年　月INH　RFP　PZA　SM　EBその他(　　)　年　月～　年　月INH　RFP　PZA　SM　EBその他(　　)　年　月～　年　月INH　RFP　PZA　SM　EBその他(　　) |
| 現症 |  | 　年　月　日撮影 | ※学会分類※ | 1　医師の意見(今後の医療方針，その他の所見等)2　入院治療の必要性 |
| r　　　1　　　b0　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ1　　　2　　　3rH1HrPL1PLr0p10p |
| 結核菌検査 | 血沈(mm／1h) | 抗酸菌同定検査検査法(　　　　　　　　) | 薬剤感受性検査成績 |
| 実施日 | 塗抹(直接・集菌) | 培養(固形・液体) | 検体種類 |
| 年　月　日実施　 | 菌株日 | 年　月　日　 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 検査結果 | 結核菌(M.tuberculosis)陽性・陰性 | 薬剤名 | 濃度(μg／ml) | 感受性 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　 | INH | 0.2 | 感 | 耐 |
| 1 | 感 | 耐 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　 | その他の抗酸菌菌名陽性　・　陰性 | RFP | 40 | 感 | 耐 |
| SM | 10 | 感 | 耐 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　 | EB | 2.5 | 感 | 耐 |
| LVFX | 1 | 感 | 耐 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 検査中 | KM | 20 | 感 | 耐 |
| TH | 20 | 感 | 耐 |
| 月　日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 検査未実施 | EVM | 20 | 感 | 耐 |
| PAS | 0.5 | 感 | 耐 |
| 注)　初回申請時は3回連続，継続申請時は過去6ヶ月の検査結果を記入すること。 | CS | 30 | 感 | 耐 |
| 　　　　年　　月　　日　　　医療機関の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　 | ※※ | 感染症診査協議会結核診査専門部会の意見 |

(注)　1　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)を○で囲んでください。

2　※欄は初回申請時のみ記入してください。また，※※欄は記入しないでください。