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　PAS  CS　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　　　b  0　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ  1　　　2　　　3  rH1HrPL1PLr0p10p | | | |
| 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。