

感染症患者(入院勧告による入院)医療費公費負担申請書(法第37条)

高槻市長様

年 月 日

(大阪府は府知事、大阪市・堺市・東大阪市・豊中市・枚方市・八尾市・寝屋川市・吹田市は各市長に申請のこと。)

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。

※申請者が保護者の場合のみ記載

申請者の氏名	患者との関係	(保護者の個人番号)
--------	--------	------------

申請者の住所 TEL() —

ふりがな 患者の氏名	個人番号	性 別	男・女
---------------	------	-----	-----

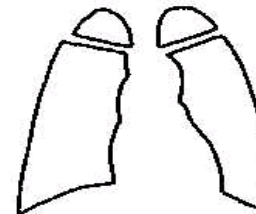
生年月日	明・大 昭・平 令	年 月 日	住 所	TEL
------	-----------------	-------	-----	-----

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
生保（保護受給中・保護申請中） 高齢者医療 その他（ ）

保険の記号番号	.
---------	---

診 断 書

病名 (1	2	)	入院開始日	年	月	日
-------	---	---	-------	---	---	---

喀痰結核菌検査			結核菌同定検査		胸部エックス線		薬剤感受性検査成績			
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)					菌株日	年 月 日		
月 日			診断時	検体採取日 年 月 日		年 月 日撮影 ※による写真提出時、及び 主治医が特に必要と認め るときに記載のこと	薬剤名	濃度	感受性	
月 日				検体種類 1 喀痰、2 吸 引痰、3 気管支洗浄液、 4 胸水、5 その他 ()			INH	0.2	感	耐
月 日				検査法 ()			RFP	40	感	耐
月 日				結果 (+ - 検査中)			PZA	—	感	耐
月 日			培養後	検体採取日 年 月 日			SM	10	感	耐
月 日				検体種類 1 喀痰、2 吸 引痰、3 気管支洗浄液、 4 胸水、5 その他 ()			EB	2.5	感	耐
月 日				検査法 ()			KM	20	感	耐
月 日				結果 (+ - 検査中)			TH	20	感	耐
月 日							CS	30	感	耐
月 日							PAS	0.5	感	耐
月 日							LVFX	1	感	耐
月 日							RBT		感	耐
月 日							DLM		感	耐
月 日							BDQ		感	耐

主治医意見 1 (□応急入院及び初回入院延長 30 日 又は □入院再延長 30 日について) 年 月 日
 使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM TH CS PAS LVFX RBT 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 () (初回のみ)
 □ () のため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 PZA SM EB KM TH CS PAS LVFX RBT DLM BDQ () 副腎皮質ホルモン剤 無・有 ()
 □ () のため入院延長が必要と考えられる。

主治医意見 3 (入院再延長 30 日について) 年 月 日
 使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM TH GS PAS LVFX RBT DLM BDQ () 副腎皮質ホルモン剤 無・有 ()
☐ () 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

※初回及び入院再延長により入院延長
3 回目ごとに最新の胸部エックス線画
像を提出し、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 (郵送・持参)	病型	19 条・20 条及 び 37 条	判定	適・不適
受理番号	No.			個人番号等確認	本人 ☐ 保護者 ☐
登録票番号	No.			受給者番号	