記入上の注意
1. 該当する文字については、その項目(頭に数字があるときは、その数字のみとする)を○で囲むこと。
2. ※印欄は、記入しないこと。
3. この申請書の公費負担の承認開始日は、保健所が申請を受理した日(郵送の場合消印日)となりますので、ご注意下さい。

感染症患者(結核・通院*)医療費公費負担申請書(法第37条の2)

(*入院勧告によらない入院患者の結核医療費を含む)

年　月　日

高槻市長様
(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。)

申請者の氏名　(保護者の個人番号)　※申請者が保護者場合のみ記載

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2の規定により、医療費公費負担を申請します。

申請者の住所

患者との関係　TEL

(ふりがな) 患者の氏名	個人番号	男 女	明・大　年　月　日生　歳 昭・平・令	住所	TEL
被保険者の別	健保(本人・家族)　国保(一般・退職本人・退職家族)　後期高齢者医療　生保(保護受給中・保護申請中)　その他(　)				
健保、国保、後期高齢等 加入医療保険の記号・番号	・	添付X線写真の枚数	□フィルム　枚 □CR(CD/DVD)	※CT所見により結核診断がなされた場合は、CTフィルムを必ず添付すること。※継続申請の際には、前回申請時のフィルムも必ず添付すること。	

診　断　書

病名　1　2　3

医療の種類

化学療法
1. 初回治療
2. 初回治療の継続
3. 再治療
4. 再治療の継続

(1)抗結核薬 (　)剤使用
INH　RFP　RBT　PZA　SM　EB
KM　TH　CS　PAS　LVFX　DLM　BDQ
上記のうち局所療法に用いるもの (　)

(2)副腎皮質ホルモン剤 (有・無)
薬品名 (　)
※重篤な結核性髄膜炎や心膜炎等の場合のみ。基礎疾患に対する使用は公費負担対象外。

医療開始予定年月日　年　月　日
入院開始年月日　年　月　日

外科的療法
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)
手術予定年月日　年　月　日
外科的療法に必要な収容期間　術前　日間　術後　日間

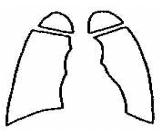
合併症既往歴
1. 結核　治療歴など具体的に(　)
2. 糖尿病　□ 経口薬服用　□ インスリン使用
3. 肝疾患　□ B型肝炎　□ C型肝炎　□ アルコール性肝障害　□ 肝硬変　□ その他(　)
4. 腎疾患(　)　5. 悪性腫瘍(　)　6. 免疫系疾患(　)
7. ステロイド使用(　)　8. その他(　)
(該当する数字に○。□は該当すればチェック。)

BCG接種歴　有・無・不明 (最終接種　歳時)

結核患者との接触　有・無・不明 (有の場合の詳細)

現病歴
呼吸器症状の有無　(有・無)
呼吸器症状の出現時期(　年　月　日)
医療機関に初診の時期(　年　月　日)
結核と診断された時期(　年　月　日)

現症
肺結核・肺外結核の(胸部等)エックス線略図及び臨床所見　年　月　日撮影



特にLTBI治療の場合

ツ反　年　月　日実施
(　×　)(　×　)mm　(硬結・二重発赤・水疱・壊死)
(　×　)
判定：－・＋・＋＋・＋＋＋

測定値　年　月　日実施　陽性　陰性　判定不可

QFT	T-SPOT
Nil:　・　IU/ml	ESAT-6:
TB1-Nil:　・　IU/ml	CFP10：
TB2-Nil:　・　IU/ml	
Mitogen-Nil:　・　IU/ml	

菌陰性の場合の診断の根拠(結核性胸膜炎の場合はADA数値等を記載のこと)

結核菌検査

検体採取日	検体の種類	塗抹	培養
月　日	喀痰	(直接・集菌)	(固形・液体)
	その他(　)		
月　日	喀痰	(直接・集菌)	(固形・液体)
	その他(　)		
月　日	喀痰	(直接・集菌)	(固形・液体)
	その他(　)		
月　日	喀痰	(直接・集菌)	(固形・液体)
	その他(　)		
月　日	喀痰	(直接・集菌)	(固形・液体)
	その他(　)		

注) 初回申請時は、治療開始時の3連続検痰の結果を記入すること。

診断時の核酸増幅同定検査

検査法(PCR法・　法)　年　月　日採取

検査結果
結核菌 (M. tuberculosis) 陽性・陰性
その他の抗酸菌 菌名 (　) 陽性・陰性
検査中

検査未実施

培養後の抗酸菌同定検査

検査法(核酸同定・　法)　年　月　日採取

検査結果
結核菌 (M. tuberculosis) 陽性・陰性
その他の抗酸菌 菌名 (　) 陽性・陰性
検査中

検査未実施

薬剤感受性検査成績

採取日　年　月　日

薬剤名	濃度(μg/ml)	感受性	
INH		感	耐
RFP		感	耐
RBT		感	耐
PZA	ピラジナミターゼ試験・液体培地	感	耐
SM		感	耐
EB		感	耐
KM		感	耐
TH		感	耐
CS		感	耐
PAS		感	耐
LVFX		感	耐
DLM		感	耐
BDQ		感	耐

今後の医療方針
(初回治療例では2クール(1年)、再治療例では3クール(1年半)を超えて継続する場合は、その理由及びその他の意見を記入すること。)
1. 今回で治療を終了する　2. 継続が必要である　3. 感染症の診査に関する協議会の意見(　について)を聞きたい　4. その他

年　月　日
医療機関の所在地
医療機関の名称　TEL
医師の氏名

※病型

受理年月日	年　月　日	郵送・持参	37条の2	判定	承認・不承認
				個人番号等確認	本人□　保護者□
受理番号	No.			受給者番号	
登録票番号	No.			通知書番号	No.

（裏面）

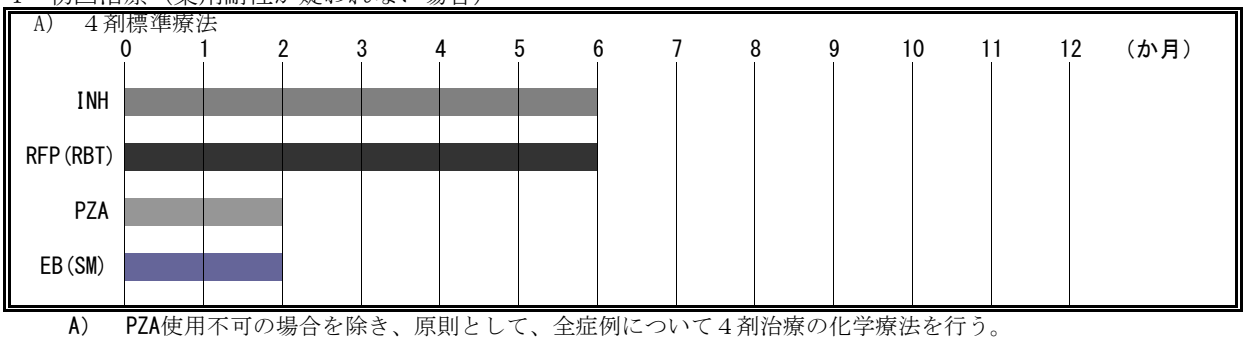
法第３７条の２に基づく公費負担の承認開始日は、保健所が申請を受理した日（郵送の場合は消印日）となりますので、ご注意ください。

結核医療の基準（R7年4月改正）

Ⅰ　肺結核の化学療法

1　初回治療（薬剤耐性が疑われない場合）

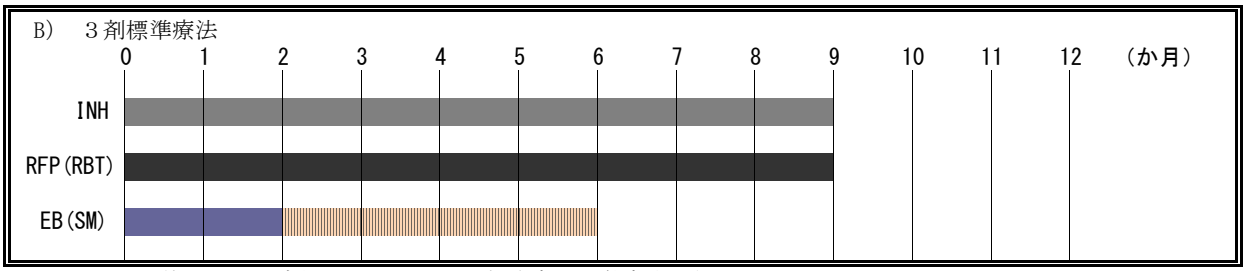
A)　４剤標準療法



A)　PZA使用不可の場合を除き、原則として、全症例について４剤治療の化学療法を行う。

・ INH、RFP（又はRBT）、PZA、EB（又はSM）４剤併用療法を２か月行い、その後INH及びRFP（又はRBT）を４剤併用療法開始時から６か月（１８０日）を経過するまで行う。

B)　３剤標準療法



B)　PZA使用不可の症例に限っては、３剤治療の化学療法を行う。

・ INH、RFP（又はRBT）、EB（又はSM）３剤併用療法を２か月ないし６か月行い、その後INH、RFP（又はRBT）を３剤併用療法開始時から９か月（２７０日）を経過するまで行う。

◎A）、B)の留意点

（１）　塗抹・培養とも陰性で薬剤感受性が不明の場合、薬剤耐性の可能性も考慮してEBをINH、RFPとともに最後まで使用する。

（２）　次の場合は、患者の病状及び経過を考慮して３か月間延長できる。

ア　症状が著しく重い場合
イ　治療開始から２か月を経ても結核菌培養検査の成績が陰性化しない場合
ウ　糖尿病・じん肺・HIV感染等結核の経過に影響を及ぼす疾患を合併する場合
エ　副腎皮質ホルモン剤や免疫抑制剤等を長期にわたり使用している場合
オ　再治療の場合

抗結核薬の種類

INH イソニアジド
RFP リファンピシン
RBT リファブチン
PZA ピラジナミド
SM ストレプトマイシン
EB エタンブトール
KM カナマイシン
TH エチオナミド
PAS パラアミノサリチル酸塩
LVFX レボフロキサシン
DLM デラマニド
BDQ ベダキリン
CS サイクロセリン

2　INH、RFPが使用不可の場合

	RFPが使用できてINHが使用できない場合	INHが使用できてRFPが使用できない場合	INHとRFPの両方が使用できない場合
PZAが使用できる場合	①培養（－）から６か月 ②治療開始から９か月 ※①②の長い方	培養（－）から１８か月	培養（－）から１８か月　※感受性のある薬剤が３剤以上使用可能な場合
PZAが使用できない場合	①培養（－）から９か月 ②治療開始から１２か月 ※①②の長い方	培養（－）から １８か月～２４か月	

Ⅱ　肺外結核の化学療法

肺結核の治療に準じて化学療法を行うが、結核性膿胸、粟粒結核もしくは骨関節結核等の場合又は結核性髄膜炎等中枢神経症状がある場合には、治療期間の延長を個別に検討する。

Ⅲ　潜在性結核感染症（LTBI）の化学療法　＊原則として次の（１）又は（２）のとおりとする。

（１）INHの単独療法を６か月間（１８０日）、必要に応じてさらに３か月行う。

（２）INH及びRFPの２剤併用療法を３か月又は４か月間行う。

ただし、INH使用不可の場合、RFPの単独療法を４か月行う。