

<b>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)</b>			
(あて先)高槻市長		令和 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		TEL( ) -	
ふりがな 患者の氏名		性別	男・女
住 所		生年月日	年 月 日
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) その他( )		
健保、共済、国保、 介護保険の記号番号		老人保健法による医療の受給資格	有・無
		年 月から(老)	

**診 断 書**

<b>病名(1 2 )</b>		入院開始日 令和 年 月 日																																																									
<b>喀痰結核菌検査</b>		<b>結核菌同定検査</b>	<b>胸部エックス線</b>																																																								
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)	 令和 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																																																								
月 日																																																											
月 日																																																											
月 日																																																											
月 日																																																											
月 日																																																											
月 日																																																											
月 日																																																											
月 日																																																											
月 日																																																											
		検体採取日 令和 年 月 日 検体種類 (喀痰・他( )) 検査法( ) 結果(陽性・陰性・検査中・未実施)																																																									
		検体採取日 令和 年 月 日 検体種類 (喀痰・他( )) 検査法( ) 結果(陽性・陰性・検査中・未実施)																																																									
<b>薬剤感受性検査成績</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>菌株日</th> <th>令和 年 月 日</th> <th colspan="2">感受性</th> </tr> <tr> <th>薬剤名</th> <th>濃度</th> <th>感</th> <th>耐</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>				菌株日	令和 年 月 日	感受性		薬剤名	濃度	感	耐	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
菌株日	令和 年 月 日	感受性																																																									
薬剤名	濃度	感	耐																																																								
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																																																								
<b>主治医意見1</b> (□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 令和 年 月 日) 使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM EVM TH CS PAS LVFX ( ) 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。																																																											
<b>主治医意見2</b> (入院再延長30日について) 令和 年 月 日 使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM EVM TH CS PAS LVFX ( ) 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。																																																											
<b>主治医意見3</b> (入院再延長30日について) 令和 年 月 日 使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM EVM TH CS PAS LVFX ( ) 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 \_\_\_\_\_ (印)(又は自署)

※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	令和 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.			受給者番号	
登録票番号	No.			自己負担額	無・20,000円