

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、ご注意ください。

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)

令和 年 月 日

(\*入院勧告によらない入院患者の結核医療費を含む)

(あて先)高槻市長

申請者の氏名

申請者の住所

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。

患者との関係 TEL

患者の氏名(ふりがな), 性別, 年齢, 住所, 被保険者の別, 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), 介護保険, その他, 健保・共済・国保介護保険の記号・番号, 高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格, 令和 年 月から, 入院勧告書の番号(該当者のみ), 添付X線写真の枚数

診断書

病名 1, 2, 3, 医療の種類(化学療法, 外科的), 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, (2)副腎皮質ホルモン剤, 医療開始予定年月日, 令和 年 月 日, 入院開始年月日, 令和 年 月 日, 手術予定年月日, 令和 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( ), 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), 特にLTBIの場合, ツ反, 令和 年 月 日実施, ( ) ( ) mm (硬結・二重発赤・水泡・壊死), 判定: -・+・++・+++

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, 令和 年 月 日撮影, 菌陰性の場合の診断の根拠

Table with 4 main columns: 喀痰結核菌検査, 診断時の核酸増幅同定検査, 培養後の抗酸菌同定検査, 薬剤感受性検査成績. Includes sub-columns for implementation date, method, results, and drug names like INH, RFP, PZA, etc.

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

令和 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, 令和 年 月 日, 郵送・持参, 37条の2, 判定, 承認・不承認, 受理番号 No., 受給者番号, 登録票番号 No., 通知書番号 No.