|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 感染症患者医療費公費負担申請書  平成　　　年　　　月　　　日  第３７条  第３７条の２  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  患者との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の氏名 |  | | | | | | 性別 | | 男　・　女 | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 住　　　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  医療の受給資格 | | | | | | | 有 ・ 無 | | | | | | 年　　　月から | | | | | |
| ※１　**診断書（裏面）**の提出をお願いします。  ※２　診査に要する**エックス線検査**及び**ＣＴ検査等**の検査データの添付をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【同法第３７条の規定により入院して治療する場合】  今回の申請にあたり、下記の理由により**自己負担額が２万円**となることに同意します。  つきましては、所得税額の証明書類等の提出を省略します。  １　世帯の所得税額が１４７万円を超えるため  ２　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （どちらかに○）  氏名（自署） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【個人番号の利用に関する同意】  　私は、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条の規定により感染症の医療費等にかかる自己負担額の認定を受けるため、保健所が個人番号を利用することに　　　①同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ②同意しません。  　この同意によって、係る書類の提出を省略します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の個人番号 | |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 申請者の個人番号 | |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |

※太枠のみ記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **診断書 患者氏名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | 1． 2． 　　　3． | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合併症 | | 1．じん肺　2．糖尿病　3．非結核性抗酸菌症　4．低肺機能　5．肝機能障害　6．高血圧症　7．その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療の種類 | 化学療法 | 1．初回治療  2．再治療  3．継続 | | | | 1．抗結核薬　　（　　　　　）剤使用  ＩＮＨ ＲＦＰ ＳＭ ＥＢ ＫＭ ＴＨ ※このうち局所療法に用いるもの  ＥＶＭ ＰＺＡ ＰＡＳ ＣＳ ＲＢＴ LVFX （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 2．副腎皮質ホルモン剤　　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 治療予定年月日 | | | | 平成　　　　年　　　　月　　　　日から平成　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　か月治療） | | | | | | | | | | | | |
| 外科的療法 | 1．肺結核 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 2．結核性膿胸 | | | |  | | | | | | | 4　その他 | | | |  | |
| 3．骨関節結核 | | | |  | | | | | | |
| 骨関節結核装具療法 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 手術予定年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 収容 | | | | 日間 （術前　　　　日間、術後　　　　日間） | | | | | | | | | | | | |
| 現症 | 胸部Ｘ線写真略図  平成　　　年　　　月　　　日撮影 | | | | | | 結核病学会病型分類 | | | | その他の所見（肺外結核の場合は、そのエックス線写真など） | | | | | | | ※申請は、当該診査の参考となる**エックス線検査**及び**ＣＴ検査等フィルム**の添付をお願いします。 |
| 病側： ｒ　ｌ　ｂ  性状： ０　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ  Ⅳ　Ⅴ  Ｈ　pl　Ｏp  拡がり： １　２　３ | | | |
| 検査 | 菌所見 | | | 検体採取 | | | 種類 | | 塗抹 | 培養 | | 備考 | | | * 種類 1：喀痰　2：胃液　3：喉頭粘液（吸引痰）   4：気管支洗浄液　5：経気管支肺生検  6：尿　7：膿　8：穿刺液　9：組織  10：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）   * 検査中、非結核性抗酸菌、PCR等で検出の場合は、その旨を備考欄に記入してください。 * 過去６か月間に行ったものを記入してください。 | | | |
| 年　　月　　日 | | |  | |  | 個 | |  | | |
| 年　　月　　日 | | |  | |  | 個 | |  | | |
| 年　　月　　日 | | |  | |  | 個 | |  | | |
| 年　　月　　日 | | |  | |  | 個 | |  | | |
| 年　　月　　日 | | |  | |  | 個 | |  | | |
| 年　　月　　日 | | |  | |  | 個 | |  | | |
| 菌陰性化 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬剤耐性  検査 | | | 薬剤 | 治療開始時 年 月 日実施） | | | | | | | | | | 最　　新（ 年 月 日実施） | | | |
| ＩＮＨ | mcg/ml（ 完・不完・感 ） | | | | | | | | | | mcg/ml（ 完・不完・感 ） | | | |
| ＲＦＰ | mcg/ml（ 完・不完・感 ） | | | | | | | | | | mcg/ml（ 完・不完・感 ） | | | |
| ＳＭ | mcg/ml（ 完・不完・感 ） | | | | | | | | | | mcg/ml（ 完・不完・感 ） | | | |
| ＥＢ | mcg/ml（ 完・不完・感 ） | | | | | | | | | | mcg/ml（ 完・不完・感 ） | | | |
|  | mcg/ml（ 完・不完・感 ） | | | | | | | | | | mcg/ml（ 完・不完・感 ） | | | |
| IGRA検査 | | | 年　　　　月　　　　日　（　陰性　・　陽性　・　判定保留　・　判定不可　） | | | | | | | | | | | | | | |
| ツベルクリン  反応検査等 | | | 最新ツ反結果 | | 年　月　日　　（　　　　×　　　）　（判定日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日）  ☆判定：　陰性　・　弱陽性　・　中等度陽性　・　強陽性 | | | | | | | | | | | | |
| ツ反陽転 | | 有（　　　年　　　月頃）・ 無 ・ 不明 | | | | | | | | BCG接種 | | 有（　　　年　　　月頃）・ 無 ・ 不明 | | |
| 病理･細胞 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 経過 | | | 発病時期 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | 診断時期 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 結核の既往歴  がある場合 | | | 初めて診断された時期 | | | | | 年　　　　月　　　　日（医療機関名： ） | | | | | | | | | | |
| 治療の既  往歴 | | 年　　　月～　　　年　　　月　INH RFP SM EB PZA PAS その他（　　　　）医療機関名（ 　 ）  　　　年　　　月～　　　年　　　月　INH RFP SM EB PZA PAS その他（　　　　）医療機関名（ 　 ） | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日  医療機関の所在地  医療機関の名称 　電話  医師の氏名 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |