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

西宮市長　様

申請者の氏名

申請者の住所

申請者の個人番号

患者との関係　TEL

(ふりがな) 患者の氏名		男 女	明・大 昭・平 年 月 日生 歳	住所	TEL
個人番号					
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(有・無)	※　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	枚

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　PZA　SM
EB　RBT　KM　EVM
TH　CS　PAS
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 (　)

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　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(　)
(該当する数字に○。□は該当すればチェック。)

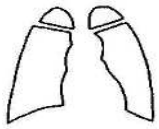
BCG接種歴　有・無・不明 (最終接種　歳時)

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)

今回のツ反　年　月　日実施
(　×　)(　×　)mm　(硬結・二重発赤・水疱・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　年　月　日撮影



菌陰性の場合の診断の根拠(QFT検査ADA値など)

ADA値　(胸水・その他検体(　))

喀痰結核菌検査

実施日	塗抹(直接・集菌)	培養(固形・液体)
月　日		
月　日		
月　日		
月　日		
月　日		
月　日		

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　日実施

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　日実施

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
菌株日　年　月　日

薬剤名	濃度(μg/ml)	感受性	
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

今後の医療方針
(治療開始時4剤併用例では6か月、3剤併用例では9か月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　㊞

※感染症診査協議会の意見	※ 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
受理番号	No.			受給者番号	
登録票番号	No.			通知書番号	No.