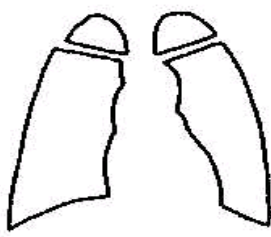


記入上の注意：該当する文字を○で囲むこと。□は該当すればチェック☑すること。

<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>			
西宮市長様		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( )	—	申請者の個人番号	
患者の氏名	性別	男・女	生年月日 年 月 日
住 所	Tel		
個人番号			
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		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

**診 断 書**

病名(1 2 )		入院開始日： 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)	 <p>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</p>																																																							
月 日																																																										
月 日																																																										
月 日																																																										
月 日																																																										
月 日																																																										
		<b>診断時</b> 検体採取日 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"> <thead> <tr> <th>採取日</th> <th>濃度</th> <th colspan="2">感受性</th> </tr> <tr> <th>年 月 日</th> <th></th> <th>感</th> <th>耐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">INH</td> <td>0.2</td> <td>感</td> <td>耐</td> </tr> <tr> <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>	採取日	濃度	感受性		年 月 日		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
採取日	濃度	感受性																																																								
年 月 日		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>培養後</b> 検体採取日 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)																																																								

**主治医意見1** (□応急入院及び初回入院延長30日) 年 月 日  
 使用薬剤 INH RFP RBT 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。

**主治医意見2** (□入院再延長30日について) 年 月 日  
 使用薬剤 INH RFP RBT 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	※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。
医療機関名称	
主治医氏名	

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	年 月 日 (郵送・持参)	病型及び感染症診査協議会の意見	19条・20条及び37条	入院延長回数	*入院延長( 回目)
受理番号	No.			判定	適・不適
登録票番号	No.				