

別記様式第24号（第14条、第15条関係）

感染症患者医療費公費負担申請書

年 月 日

（宛先）和歌山市長

申請者 氏名 ⑩
住所
個人番号
患者との関係

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の
第37条の2

公費負担を申請します。

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					
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） 後期高齢 生保（保護受給中・保護申請中） その他（ ）				

保健所記入欄（以下は記入しないでください。）

受理日	<input type="checkbox"/> 診断書	診査結果	感染症診査協議会の意見
	<input type="checkbox"/> X線写真	承認・不承認・保留	
	X・P 枚	受給者番号	
C T 枚	承認期間		
C D 枚			

感染症患者医療費公費負担申請用診断書

(37条・37条の2)

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					

病 名		
病 名	1	2
		3

現 在 の 状 況	
治 療 状 況	<input type="checkbox"/> 外来治療 <input type="checkbox"/> 入院治療 入院年月日 年 月 日 入院理由 (結核・結核以外)

合 併 症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝疾患() <input type="checkbox"/> 腎疾患() <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍() <input type="checkbox"/> 免疫系疾患() <input type="checkbox"/> その他()
-------	---

結 核 既 往 歴	年 ~ 年 治療薬剤 () 医療機関 ()
-----------	-------------------------

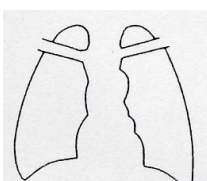
今 回 の 治 療 内 容	
治 療 区 別	<input type="checkbox"/> 初回治療 <input type="checkbox"/> 継続治療 <input type="checkbox"/> 再治療 <input type="checkbox"/> 再治療の継続 治療開始予定日(年 月 日)

化 学 療 法	()内は1日使用量を記入してください。 患者の体重()Kg INH() RFP() PZA() EB() SM() 併用抗菌剤の使用 有・無 KM() TH() EVM() PAS() CS() LVFX()・()
---------	---

外 科 的 療 法	<input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 肺外() 手術年月日 年 月 日 収容期間 ~
-----------	--

装 具 療 法	
---------	--

検 査 結 果

菌 所 見	<table border="1"> <tr> <th>検体採取日(月/日)</th> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <th>検体種別</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>塗 抹</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>培 養</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>迅速 PCR MTD</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>同定 DDH他</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>ADA 等</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	検体採取日(月/日)	/	/	/	/	/	/	検体種別							塗 抹							培 養							迅速 PCR MTD							同定 DDH他							ADA 等							<table border="1"> <tr> <th>検体種別</th> <th>実施日</th> <th>年 月 日</th> </tr> <tr> <td>1.喀痰</td> <td>薬 剤 (μg/ml)</td> <td>薬剤感受性検査</td> </tr> <tr> <td>2.気管支洗浄液</td> <td>INH (0.2)</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td>3.気管支擦過</td> <td>RFP (40)</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td>4.尿</td> <td>EB (2.5)</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td>5.膿</td> <td>SM (10)</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td>6.胸水</td> <td>KM (20)</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td>7.組織</td> <td>TH (20)</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td>8.胃液</td> <td>EVM (20)</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td>9.その他()</td> <td>PAS (0.5)</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CS (30)</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PZA ()</td> <td>感・耐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>LVFX (1.0)</td> <td>感・耐</td> </tr> </table>	検体種別	実施日	年 月 日	1.喀痰	薬 剤 (μg/ml)	薬剤感受性検査	2.気管支洗浄液	INH (0.2)	感・耐	3.気管支擦過	RFP (40)	感・耐	4.尿	EB (2.5)	感・耐	5.膿	SM (10)	感・耐	6.胸水	KM (20)	感・耐	7.組織	TH (20)	感・耐	8.胃液	EVM (20)	感・耐	9.その他()	PAS (0.5)	感・耐		CS (30)	感・耐		PZA ()	感・耐		LVFX (1.0)	感・耐
	検体採取日(月/日)	/	/	/	/	/	/																																																																																			
検体種別																																																																																										
塗 抹																																																																																										
培 養																																																																																										
迅速 PCR MTD																																																																																										
同定 DDH他																																																																																										
ADA 等																																																																																										
検体種別	実施日	年 月 日																																																																																								
1.喀痰	薬 剤 (μg/ml)	薬剤感受性検査																																																																																								
2.気管支洗浄液	INH (0.2)	感・耐																																																																																								
3.気管支擦過	RFP (40)	感・耐																																																																																								
4.尿	EB (2.5)	感・耐																																																																																								
5.膿	SM (10)	感・耐																																																																																								
6.胸水	KM (20)	感・耐																																																																																								
7.組織	TH (20)	感・耐																																																																																								
8.胃液	EVM (20)	感・耐																																																																																								
9.その他()	PAS (0.5)	感・耐																																																																																								
	CS (30)	感・耐																																																																																								
	PZA ()	感・耐																																																																																								
	LVFX (1.0)	感・耐																																																																																								
X線検査及び臨床経過等	 <p>[臨床経過等]</p> <p>(年 月 日)</p>																																																																																									
ツベルクリン反応・IGRA検査等	<table border="1"> <tr> <th>ツベルクリン反応検査</th> <th>検査日</th> <th>年 月 日</th> <th>発赤長径</th> <th>mm</th> <th>副反応 (二重発赤・硬結・水泡・壊死)</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>IGRA検査</th> <th>検査日</th> <th>年 月 日</th> <th colspan="3">(QFT検査・T-SPOT検査)</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>判定保留 <input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>判定不能 ESAT-6()・CFP-10() </td> </tr> </table>	ツベルクリン反応検査	検査日	年 月 日	発赤長径	mm	副反応 (二重発赤・硬結・水泡・壊死)							IGRA検査	検査日	年 月 日	(QFT検査・T-SPOT検査)						<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定不能 ESAT-6()・CFP-10()																																																																			
ツベルクリン反応検査	検査日	年 月 日	発赤長径	mm	副反応 (二重発赤・硬結・水泡・壊死)																																																																																					
IGRA検査	検査日	年 月 日	(QFT検査・T-SPOT検査)																																																																																							
			<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定不能 ESAT-6()・CFP-10()																																																																																							

今 後 の 治 療 方 針	
治療方針その他意見をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 今回で治療を終了する。 <input type="checkbox"/> 継続が必要 <input type="checkbox"/> 診査協議会の意見を聞きたい。 <input type="checkbox"/> その他()
	治療終了予定日 (年 月 日)

年 月 日	医療機関所在地
	医療機関名称
	医師の氏名
	㊞