

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)

尼崎市長様

令和 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。

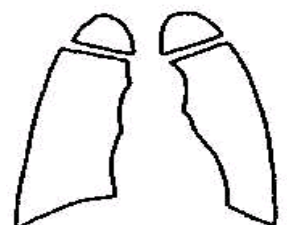
申請者の氏名 _____ 患者との関係 _____

申請者の住所 _____

TEL() - 申請者の個人番号 _____

患者の氏名 <small>ふりがな</small>	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) 後期高齢 生保(保護受給中・保護申請中) その他()			
健保、共済、国保、 後期高齢の記号番号	・	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 令和 年 月 日		
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 _____		結核菌同定検査 検体採取日 令和 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) 診断時 培養後	胸部エックス線  令和 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	薬剤感受性検査成績 採取日 令和 年 月 日 薬剤名 濃度 感受性 INH 0.2 感 耐 1 感 耐 RFP 40 感 耐 PZA ー 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

主治医意見1 (□応急入院及び初回入院延長30日) 令和 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) 令和 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 _____
 医療機関名称 _____
 主治医氏名 _____ (印) (又は自署)

※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。

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	令和 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. _____				