|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式30 号　　　　　　　　　　　　　　　　**感染症（結核）医療費公費負担申請書**　　　　　令和　　年　　月　　日  香川県知事殿   |  |  |  | | --- | --- | --- | | (患者又はその保護者)  申請者の氏名 | | | | 申請者の住所 | | 患者との関係　　　　　　　　　　　　電話　　　　－　　　　－ | | |     　　　　　　第37条  感染症法　第37条の2 　　の規定により医療費公費負担を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  患者の氏名 | | | | |  | | | | | | | | 性　別 | | | | | 男・女 | 生年月日 | | 大・昭  平・令 | 年　 　　月　　　日 | | | | | 年　令 | 歳 |
| 住所 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者等の別 | | | | | | | | 被用者保険（本人・家族）国保（一般・退職本人・退職家族）後期　生保（受給中・申請中） 　その他（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添 付 写 真 の 枚 数（3ヶ月以内の写真、継続、再治療の場合は前回提出したものを併せて添付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X線　　　枚　　ＣＴ　　　枚 | | | | | | |
| **診　　　　断　　　　書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | １　　　　　　　　　　　　　　　　２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　３ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | １　薬品名　ＩＮＨ　ＲＦＰ　ＲＢＴ　ＳＭ  　　　　　　　ＥＢ　　ＰＺＡ　ＬＶＦＸ　ＫＭ  　　　　　　　ＴＨ　ＥＶＭ　ＰＡＳ　ＣＳ　ＤＬＭ  ２　１のうち局所療法  　　に用いるもの（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | 受　　療　　状　　況 | | | |
| １　　外　　来　　治　　療  ２　　入　　院　　治　　療 | | | |
| ２　副腎皮質ホルモン剤 | | | | 薬品名（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | 今回申請する医療の開始予定日 | | | |
| 外科的療法 | １ | | 肺　結　核 | | | | | | 術 式（　　　　 　　） | | | | | | | | | | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| ２ | | 結核性膿胸 | | | | | |  | | | | ４ | | 泌尿器結核 | | |  | | | | | | 入　院　年　月　日 | | | |
| ３ | | 骨関節結核 | | | | | |  | | | | ５ | | その他(　　　) | | |  | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 骨関節結核の装具療法 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入　　　　　院 | | | | | | | | | 日間（術前　　　日間、術後　　　日間） | | | | | | | | | | 手術予定（実施）年月日 | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 現　症 | 胸部Ｘ線写真略図 | |  | | | | | | 年　　月　　日 撮影 | 所　見（菌陰性の場合は診断の根拠、肺外結核の場合はそのX線写真略図及び所見） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※発見時の呼吸器症状等の有無 | | | | | | | | | | | １　有　　2　無　　　月（ 上旬 中旬 下旬 ） | | | | | | | |
| 結　核　菌　検　査 | | | | | | | | | | | | | | | 抗酸菌同定検査 検査法  （　　　　　　　　） | | | | | 感 受 性 試 験 | 薬品［μg／ml］ | | | 年 月 日 | | 胸　水　所　見 | 年　月　日  ADA値  　　　　 IU／ℓ  リンパ球  　　　　　　／μℓ  　　　　　　％  その他 | |
| 実施日 | | | | | | 塗抹  （直接・集菌） | | | | | 培養  （固形・液体） | 検体種類 | | | 年　　月　　日実施 | | | | | INH  RFP  SM  EB  PZA | | ［0.2］  ［40］  ［10］  ［2.5］  ［］  ［］ | 感　･　耐  感　･　耐  感　･　耐  感　･　耐  感　･　耐  感　･　耐 | |
| 年　月　日 | | | | | |  | | | | |  |  | | | 検査結果 | | 結核菌  陽　性　・　陰　性 | | |
| 年　月　日 | | | | | |  | | | | |  |  | | |
| 年　月　日 | | | | | |  | | | | |  |  | | | その他の抗酸菌 菌名  （　　　　　　　　）  陽　性　・　陰　性 | | |
| ツ反  検査 | 年　月　日 | | 硬結（　　×　　）  発赤（　　×　　） | | | 二重発赤（　　×　　）  副反応（　　　　　　） | | |
| 年　月　日 | | | | | |  | | | | |  |  | | |
| ＩＧＲＡ  検査 | 検査名：　年　月　日 | | 陽性 | | | 陰性　　　判定保留 | | |
| 年　月　日 | | | | | |  | | | | |  |  | | | 検　査　中 | | | | |
| 年　月　日 | | | | | |  | | | | |  |  | | | 検査未実施 | | | | | ＢＣＧ接種歴 | １　有　　　　年　　　月　　　　２　無  　３　不　明 | | | | | | | |
| 注）初回時は３回連続、継続時は過去６ヶ月の検査結果を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※結核に関する  既往の医療 | | | | | | | 年　　　月～　　　　年　　　月　　INH　RFP　SM　EB　PAS　PZA　その他（　　　　　　　　　　　）  　　　　年　　　月～　　　　年　　　月　　INH　RFP　SM　EB　PAS　PZA　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現病歴及び今後の方針 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日　　　医療機関の所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　医師の氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 電 　話　：　　　　　　　―　　　　　―　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**記入上の注意**

１　該当する文字については、その文字（頭数字があるときは、その数字のみ）を○で囲んでください。

２　※印欄は、初回申請のみ記入してください。