

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 ()・()
---------	---

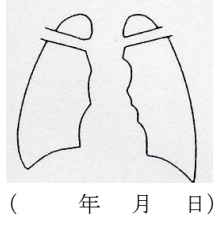
外 科 的 療 法	<input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 肺外() 手術年月日 年 月 日 収容期間 ~
-----------	--

装 具 療 法	
---------	--

検 査 結 果

菌 所 見	検体採取日(月/日)	/	/	/	/	/	検体種別	実施日	年 月 日		
	検体種別							1.喀痰	薬 剤 (μg/ml)	薬剤感受性検査	
	塗 抹							2.気管支洗浄液	INH (0.2)	感 ・ 耐	
	培 養							3.気管支擦過	RFP (40)	感 ・ 耐	
	迅速 PCR MTD							4.尿	EB (2.5)	感 ・ 耐	
	同定 DDH他							5.膿	SM (10)	感 ・ 耐	

X線検査及び臨床経過等	ADA等						6.胸水 7.組織 8.胃液 9.その他()	KM (20)	感 ・ 耐	
								TH (20)	感 ・ 耐	
								EVM (20)	感 ・ 耐	
								PAS (0.5)	感 ・ 耐	
								CS (30)	感 ・ 耐	
								PZA ()	感 ・ 耐	
								LVFX (1.0)	感 ・ 耐	



[臨床経過等]

ツベルクリン反応・IGRA検査等	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)

平成 年 月 日	医療機関所在地
	医療機関名称
	医師の氏名