

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						
	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																																																		
X 線 検 査 及 び 臨 床 経 過 等	[臨床経過等]  (年 月 日)																																																	
	<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																																																
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>IGRA検査</td> <td>検査日</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="3">(QFT検査・T-SPOT検査)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>陽性</td> <td><input type="checkbox"/>判定保留</td> <td><input type="checkbox"/>陰性</td> <td><input type="checkbox"/>判定不能</td> <td>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。 治療終了予定日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()

平成 年 月 日	医療機関所在地
	医療機関名称
	医師の氏名
	㊞