

患者が医療機関に申請を委任する場合、委任状の記入をお願いします。

やむを得ない場合を除き、患者または患者家族から記入してもらってください。

どちらかに○を付けてください。

結核医療費公費負担申請書

年 月 日

(宛先)新潟市長
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・第37条の2の規定に基づき医療費の公費負担を申請します。

申請者 氏名 _____ 患者との関係 _____
住所 _____
電話番号 _____
個人番号(12桁) ※個人番号は記入しないでください。

患者	氏名及び性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	住所	新潟市 区
	個人番号(12桁)	※記入しないでください。		保険等の種別	政府・組合・共済・船員(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族)・生保(保護受給中・保護申請中)・その他()	
	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	**	

抗結核薬を飲み始めた日を記入します。継続申請の場合も同じ日付になります。

私は

年 月 日

委任者

氏名 住所

を代理人と定め結核医療費公費負担申請に関する一切の権限を委任します。

診断書	病名	1. _____	2. _____	3. _____
医療の種類	化学療法	1. 抗結核薬 使用薬剤に○を付けてください。なお、使用薬剤を変更する場合にはご一報ください。		1. 薬剤名 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ 2. 1のうち局所療法に用いるもの ()
	外科的療法	1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核	4. 泌尿器結核 5. その他 ()	医療開始予定年月日 _____ 年 月 日 入院・退院年月日 _____ 年 月 日
	骨関節結核の装具療法	手術予定(実施)		
	收容	日間(術前)	日間(術後)	日間(術後) 並日收容承認期間

勧告で入院した場合は、その入院日を記入。入院勧告が解除され、退院する場合には、その退院日を記入してください。

現症	胸部X線写真(略図)	薬剤感受性試験はできるだけ実施するようお願いいたします。結果は必ず記載、もしくは、分かり次第ご一報ください。			薬剤感受性試験	薬品	年月	年月
		1 2 3 H P O P	(添付X線写真 枚)	INH[0.2]		感 耐	感 耐	

薬剤感受性試験はできるだけ実施するようお願いいたします。結果は必ず記載、もしくは、分かり次第ご一報ください。

薬品	年月	年月
INH[0.2]	感 耐	感 耐
INH[1.0]	感 耐	感 耐
RFP[40]	感 耐	感 耐
SM[10]	感 耐	感 耐
EB[2.5]	感 耐	感 耐
() []	感 耐	感 耐

結核菌検査	検体採取日	月 月 月 月 月 月	* 初めて結核と診断された時期	年 月 頃
	塗抹		* ツ反応陽転時期	年 月 頃
	培養		菌陰性化の時期	年 月 頃
検体採取日	* 検体に対するNALC-NaOH法による処理の有無 有・無			
①	年 月 日	塗抹 () , 培養 ()	検査中 (喀痰, その他)	()
②	年 月 日	塗抹 () , 培養 ()	検査中 (喀痰, その他)	()
③	年 月 日	塗抹 () , 培養 ()	検査中 (喀痰, その他)	()

* 結核に関する既往の医療	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PZA PAS	その他 ()
	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PZA PAS	その他 ()
	年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PZA PAS	その他 ()

備考	・ I G R A 検査結果	・ ツ反応 (最新のもの) 年 月 日 陰性 陽性 強陽性
	・ P C R 検査結果	B C G 接種歴 有・無
		(×) ()

公費負担申請書の申請日は、発生届の“報告日”より前になることはありません。ご注意ください。

この欄は、法第37条の申請入院以来実施した医療の概要、今後の医療の基本方針	** 感染症診査協議会の意見等
---------------------------------------	-----------------

年 月 日	医療機関の所在地
	医療機関の名称
	医師の氏名

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. *欄は、初回申請の場合にのみ記入してください。
3. **欄は、記入しないでください。
4. 「結核菌検査」欄は、過去6か月に行った検査結果を記入してください。
5. 「備考」欄は、I G R A検査及びP C R検査の結果を記載してください。