□ の番号は記入要領の項目番号

記入日が承認開始日ではありません。

1

XX 年 ○月△△日

結核医療費公費負担・東京都医療費助

東京都知事 殿

3，4

患者本人又は保護者が記入してください。
代筆する場合は必ず本人の承諾を得てください。

レ 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施行
各 より医療費公費負担を申請します。

申請者氏名 東京 太郎
申請者住所 ○○市△△町 2-8-1
電話 042(3○○) △△△△

2

レ 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施行細則第 19 条に基づく医療費助成(新規認定・更新)を申請します。

患者との関係 本人
申請者個人番号

患者の個人番号												

個人番号欄は記入しないでください

16

フリガナ / 患者氏名	トウキョウ タロウ / 東 京 太 郎	男・女	生年月日	昭和 19 年 10 月 1 日 (81 歳)	保健所記入欄 発生動向調査コード
住所	同 上		電話	同 上	保険の種類

5

保険種類: 1 社保本人　2 社保家族　3 国保　4 後期高齢　5 生保(受給中)　6 生保(申請中)　7 自費・その他(　　)　8 不明

添付エックス線写真の枚数: 2枚　貴院カルテ No. 12345678

6

診断書

Ⅰ 病名

1 肺結核　2 結核性髄膜炎　3

7

Ⅱ 経過

(1) 発病の時期: XX 年 5月 頃日
(2) 初診の時期: XX 年 6 月 ○日
(3) 診断の時期: XX 年 6月 ○日
(4) 医療開始時期: XX 年 6月 ○日

8

Ⅲ 現在の受診状況

(1) 1 入院中　2 外来治療中
入院年月日: XX 年 6月 ○日
(2) 入院理由(結核・結核外〔　　〕)
(3) 合併症
1 じん肺　2 糖尿病　3 低肺機能　4 肝障害　5 高血圧症　6 その他(　　)
(4) 非定型抗酸菌症　1 有　2 無

9

Ⅳ 治療方針

1 化学療法のみで
2 一応化学療法を実施した上で、その後の方針を決める。
3 外科的療法を実施する(化学療法では効果が期待できない。)。
4 化学療法、外科的療法とも効果が期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施する。
5 その他(　　)

Ⅴ 化学療法終了の時期

1 この申請を最後として化学療法を終了する。
2 治療をなお継続する必要がある。
3 次のように考えるが、感染症の診査に関する協議会の意見を聞きたい(終了・継続)。
化学療法の開始日 (　　年　　月(中断の場合は再治療の場合は再開日)

次回も申請する可能性が高い場合に○をしてください

10

Ⅵ ツベルクリン反応・QFT 等

(1) ツベルクリン反応(最新のもの)　10×10 / 25×25 (40×35)　硬結　発赤外径　発赤内径
(2) ツベルクリン反応陽転時期　年　月
(3) BCG 接種歴　1 有(　年　月ごろ)　2 無　3 不明
(4) リンパ球の菌特異蛋(たん)白刺激による放出インターフェロンγ試験（QFT 等）
1 陽性　2 判定保留　3 陰性　(実施日 XX 年 6月○○日)

診断名

11 肺結核
12 結核性胸膜炎
13 結核性膿(のう)胸
14 肺門リンパ節結核
15 粟(ぞく)粒結核
21 結核性髄膜炎
22 脊椎(せきつい)結核
23 他の骨・関節結核
24 他のリンパ節結核
25 尿路結核
26 他の肺外結核

潜在性結核感染症

受療状況
1 入院中
2 外来治療中
3 治療なし
4 不明

合併症

非定型抗酸菌症

ツベルクリン反応
1－9mm 以下
2＋10mm 以上
3＋＋ 硬結
4＋＋＋二重発赤水泡
5 不明　6 未実施

B　C　G

Q　F　T

1 陽性　2 判定保留
3 陰性　4 判定不可
5 結果不明　6 未実施

11

Ⅶ 結核に関する既往医療

(1) 今回の治療　1①初回治療　②継続治療　2 再治療　3 不明
(2) 再治療の場合、既往医療
S40年 頃月～　年　月 INH RFP PZA SM EB LVFX その他(　　):医療機関名(○○)
年　月～　年　月 INH RFP PZA SM EB LVFX その他(　　):医療機関名(　　)
年　月～　年　月 INH RFP PZA SM EB LVFX その他(　　):医療機関名(　　)

12

Ⅷ 今回の治療内容

(1) 化学療法　XX 年 6 月○○日から　抗結核薬(　4　)剤使用
1 INH　2 RFP　3 RBT　4 PZA　5 SM　6 EB　7 LVFX　8 KM　9 TH　10 EVM
11 PAS　12 CS　13 DLM　14 BDQ　15 その他(　　)
1 から 15 までのうち局所療法に用いるもの(　　)
(2) 副腎(じん)皮質ホルモン剤の使用の有無　1 有(薬品名　　)　2 無
(3) 外科的療法　1 肺結核　2 結核性膿(のう)胸　3 泌尿器結核　4 骨関節結核
5 その他(　　)
方法等〔 病巣廓清・固定術 〕
手術予定(実施)時期(　XX 年　○○月　△△日)
外科手術の為の入院　○○日間(術前　○日から　術後　○日まで)

13

Ⅸ 検査

(1) 菌所見(検査中のものは、当該検査の欄へその旨を御記入ください。)
検体記号(1—(1)痰(たん)　1—(2)胃液　1—(3)喉(こう)頭粘液　2—(1)気管支洗浄液
2—(2)経気管支肺生検　3 尿　4 膿(うみ)　5 穿(せん)刺液　6—(1)組織
6—(2)他)

検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法：PCR 法等(検体記号)
XX/6/○	0	＋	結核菌	イムノクロマト法(1-(1))
XX/6/○	0	中	菌	法(　)
XX/6/○	0	中	菌	法(　)

検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法：PCR 法等(検体記号)
XX/6/○	±	中	結核菌	PCR 法(4)
／ ／			菌	法(　)
／ ／			菌	法(　)

(2) 菌陰性化時期　年　月　日

検査結果が判明していれば記入してください。

(3) 薬剤耐性試験成績

	治療開始時／実施　年　月	最新(実施　年　月)
SM	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)
INH	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)
RFP	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)
EB	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)
	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)
	μg／ml(耐性・感受性)	μg／ml(耐性・感受性)

14

X 最新のエックス線及びＣＴ所見

(1) エックス線写真略図及びその他の所見
(肺外結核の場合も同様)



必ずスケッチしてください。

(2) 撮影時期　XX 年 6 月○○日
(3) 学会分類

部位	①r	②ℓ	③b	⑨該当なし
性状	①Ⅰ	②Ⅱ	③Ⅲ	④Pℓ　⑤H
	⑥Op	⑦Ⅳ	⑧Ⅴ	⑨0
拡がり	①1	②2	③3	⑨該当なし

15

(4) CT 所見(必要に応じ)　撮影時期:　年　月　日

備考

6

XX 年　○月○○日
医療機関所在地　○○市××町 1－2－3
医療機関の名称　○○○病院　電話 042(××××)○○○○
医師名　新宿 一郎　※署名または記名押印のこと

注意1　該当する文字については、その文字(頭数があるときは、その数字とする。)を○で囲んでください。
2　生活保護を受けている患者その他これに準ずる者の場合は、この申請書を 2 部(1 部は写し)提出してください。
3　継続申請する場合は、エックス線写真その他関係書類を添えて、患者票の有効期限の 2 週間前までに必ず住所地を所管する保健所長あて再申請してください。

感染症の診査に関する協議会意見

16

保健所記入欄 発生動向調査コード

治療区分

結核薬

副腎(じん)皮質ホルモン

最新塗抹

1 陽性
2 陰性
3 検査中
4 未実施
5 不明

最新培養

1 陽性
2 陰性
3 検査中
4 未実施
5 不明
6 非定型抗酸菌

検体の種類

薬剤耐性

1 INH，RFP
2 INH のみ
3 RFP のみ
4 その他のみ
5 耐性なし
6 不明

学会分類
部位
性状
拡がり

結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書（第 13 号様式の 3）記入要領

【注意】
○　公費負担の承認は、保健所が申請書を受理した日からとなります。
○　継続申請する場合は、一番最近に撮影されたエックス線写真（3 か月以内）を添えて、患者票の有効期限の 2 週間前までに再申請してください。
○　治療薬剤が変更となる時、承認された治療薬以外を追加して治療を行う場合は、改めて申請が必要です。
○　転入等で申請先の自治体が変わる場合は、転入先の管轄保健所に改めて申請することが必要です。
※　医療機関が変更となる場合は、医療機関変更届が必要です。

個人番号欄は記入しないでください。

1　申請年月日

保健所に申請する年月日を記入してください。
※承認開始は保健所が受理した日からとなりますので、記入日が承認開始日ということではありません。

2　申請書口欄

該当する申請について☑を記入してください。

3　申請者氏名、申請者住所

当該申請に係る患者若しくは患者の保護者（親権を行う者又は後見人をいう。以下同じ。）の氏名、住所を記入してください。原則として申請者本人又は保護者が記入してください。

ただし、患者の病状等やむを得ない事由により、当該患者又はその保護者が申請書を作成できない場合は、当該患者の入院に係る勧告又は措置を行った保健所又は入院先の感染症指定医療機関は、当該患者又はその保護者の同意に基づき申請書の作成を代行することができます。（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施行細則第 14 条第 3 項）

代筆する場合は、必ず本人の承諾を得てください。

4　患者との関係

申請者欄を患者の保護者が記入した場合に、患者との関係を事実に即して記入してください。

5　保険種類

共済組合員は、「1　社保本人」あるいは「2　社保家族」に○をしてください。
国保組合の場合は「3　国保」に○をしてください。

６　診断書

診断書欄以下は医師が記入し、申請書右下欄に診断書作成年月日、署名又は記名押印してください。

７　Ⅱ　経過

(1) 発病の時期

咳などの症状が出現した時期を記入してください。

(4) 医療開始時期

結核に係る治療開始時期を記入してください。

例１　37 条から 37 条の２への切り替え申請時は、37 条で治療開始した時期

例２　治療変更時の申請の時は、当該疾患で治療開始した時期

例３　転入等で改めて申請する時は、今回治療開始する医療機関での治療開始時期ではなく、前医等で既に行っていた治療の開始時期

※　今回申請に係る治療開始時期ではありません。

８　Ⅲ　現在の受診状況

(1) 入院年月日

患者が現に入院している場合には、実際に入院した年月日を記入してください。

(2) 入院理由

該当するものに○をしてください。

(3) 合併症

該当するものがあれば○をしてください。

９　Ⅳ　治療方針

現時点での治療方針について該当する番号を○で囲み、その他の場合は（　）内に記入してください。

１０　Ⅵ　ツベルクリン反応・ＱＦＴ等

(1) ツベルクリン反応（最新のもの）

記載方法は、下表のとおりです。

$\frac{b_1 \times b_2}{a_1 \times a_2}$（$c_1 \times c_2$）	a_1；発赤長径　a_2；発赤短径 b_1；硬結長径　b_2；硬結短径 c_1；二重発赤長径　c_2；二重発赤短径

(3) ＢＣＧ接種歴

「１有」の場合、年月を記入してください。

(4) リンパ球菌の特異蛋白刺激による放出インターフェロンγ試験（ＱＦＴ等）

実施した IGRA の結果について該当する番号を○で囲み、実施日を（　）内に記入してください。

１１　Ⅶ　結核に関する既往医療

(1) 今回の治療

１①初回治療　②継続治療

今回の結核治療について、初めての申請する場合は、①初回治療に○、37 条で治療経過があり、37 条の 2 の切替え申請の場合は、②継続治療に○をしてください。

２再治療

結核に対する化学療法を過去に１か月以上受け、かつ、その治療終了後２か月以上経過しており、再度結核の治療を行う場合をいいます。

この場合は、下記(2)再治療の場合、既往医療　についてもわかる範囲で記入してください。

(2) 再治療の場合、既往医療

今回の治療が再治療の場合、過去に行われた結核の治療について、その期間と治療内容について記入してください。

継続申請時には、記入不要です。

１２　Ⅷ　今回の治療内容

今回の治療内容について、記入してください。

例１　新規申請時

例２　治療内容に変更があった場合

例３　手術が必要になった場合

(1) 化学療法

今回の治療内容について、(　) に使用する抗結核薬数を記入し、薬剤名を○で囲み、当該治療を開始したもしくは変更した年月日を記入してください。

例　37 条の 2 の切替え申請時に標準治療 4 剤から 2 剤に変更になっている場合は、2 剤に変更した年月日を記入する。

(2) 副腎皮質ホルモン剤の使用の有無

副腎皮質ホルモン剤を使用している場合は薬品名も記入してください。

(3) 外科的療法

外科的療法を行う場合は、 該当する病名を○で囲み、方法について〔　　〕内に記載してください。

・手術予定（実施）時期

手術予定日を記入してください。

ただし、外科的療法及びそれに伴う収容が承認された場合において、その公費負担の承認期間が満了した後も引き続き収容が必要である時は、継続申請が必要となります。

その際は承認期間満了後以降の必要な収容期間を記入するとともに、「手術予定（実施）年月日」欄に手術実施日を記入してください。

骨関節結核の装具療法の場合、手術予定日は不良肢位の伸展又は矯正療法の開始日を記入してください。

１３　Ⅸ　検査

(1) 菌検査

最新のものを含む過去６か月以内に行った結果について、記入してください。

初回申請時は３日間連続検痰を実施し、結果を記入してください。

培養検査の結果がまだ判明していないときは、検査中として培養欄に「中」と記入してください。

それぞれの検査に用いた検体の種類について、(　) 内に該当する検体記号を記入してください。

(2) 菌陰性化時期

過去において排菌していた患者について、その菌陰性化の時期を把握している場合はその時期を記入してください。

(3) 薬剤耐性試験成績

治療開始時の培養検査の結果が陽性の場合は、薬剤耐性試験を実施し、その結果を記入してください。

１４　Ｘ　最新のエックス線及びＣＴ所見

(1) エックス線写真略図及びその他の所見

エックス線写真略図をスケッチしてください。

肺外結核の場合は、エックス線写真略図及び必要所見を記入してください。

＊　肺外結核であっても、肺が初発病巣である可能性もあるため、胸部エックス線写真の添付が望ましい。

(2) 撮影時期

(1)でスケッチしたエックス線写真の撮影時期を記入してください。

(3) 学会分類

学会分類は、日本結核病学会「新しい結核用語辞典」巻末資料を参考に記入してください。

ウェブサイト　http://www.kekkaku.gr.jp/books/pdf/kanmatu.pdf

１５　書ききれない場合

治療内容等が書ききれない場合は、申請書右側下の『備考』欄に項番を付して記入してください。

１６　保健所記入欄　発生動向調査コード、感染症の審査に関する協議会意見

保健所で記入します。