第 13 号様式の 3 （第 14 条、第 20 条関係）

年　月　日

結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書

殿

□ 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 2 の規定により医療費公費負担を申請します。

□ 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 19 条に基づく医療費助成(新規認定・更新)を申請します。

申請者氏名
申請者住所
電話　（　）
患者との関係
申請者個人番号
（申請者が患者本人である場合は、左欄に記入）

患者の個人番号				
フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	年　月　日（　歳）
住所		電話		
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	枚	貴院カルテ No.		

診断書

Ⅰ 病名

1　2　3

Ⅱ 経過

(1) 発病の時期　年　月　日　(2) 初診の時期　年　月　日

(3) 診断の時期　年　月　日　(4) 医療開始時期　年　月　日

Ⅲ 現在の受診状況

(1) 1 入院中　2 外来治療中

入院年月日　年　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

Ⅳ 治療方針

1 化学療法のみでよい。

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)(中断又は再治療の場合は再開日)

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)　×／×　(　×　)

(判定日　年　月　日)

(2) ツベルクリン反応陽転時期　年　月

(3) BCG 接種歴　1 有(　年　月頃)　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　年　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

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

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(　)

年　月～　年　月　INH RFP PZA SM EB LVFX その他(　):医療機関名(　)

Ⅷ 今回の治療内容

(1) 化学療法　年　月　日から　抗結核薬(　)剤使用
1 INH　2 RFP　3 RBT　4 PZA　5 SM　6 EB　7 LVFX　8 KM　9 TH　10 PAS
11 CS　12 DLM　13 BDQ　14 その他(　)
1 から 14 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〔　〕
手術予定(実施)時期(　年　月　日)
外科手術のための入院　日間(術前　日から　術後　日まで)

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)	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)
／／			菌	法(　)	／／			菌	法(　)
／／			菌	法(　)	／／			菌	法(　)
／／			菌	法(　)	／／			菌	法(　)

(2) 菌陰性化時期　年　月　日

(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)

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）



(2) 撮影時期　年　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	

(4) CT 所見（必要に応じて)　撮影時期:　年　月　日

備考

年　月　日

医療機関所在地
医療機関の名称　電話　（　）
医師名　※署名又は記名押印のこと

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宛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

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

（日本産業規格 A 列 3 番）