※結核医療費公費負担・東京都医療費助成について、LoGoフォームで申請する場合の様式です。

この場合、本欄はLoGoフォームで記入・申請いただくため、記載は不要です。

（肺外結核の場合も同様）

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。 | 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） |
| □ | 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。 |
| 患者の個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日(　歳) | 保健所記入欄発生動向調査コード |
| 住所 | 　 | 電話 | 　 | 　 | 保険の種類 | 　 |
| 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　 | 　 | 診断名 | 　 |
| Ⅰ　病名 |  | 　 | 　 |
| 　1　　　　　　　　　　　　2　　　　　　　　　　　　3 | 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 |
| 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 | 　 | 潜在性結核感染症 | 　 |
|  | 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 | 　 | 受療状況 | 　 |
| 　 | 　 |
| 1　入院中2　外来治療中3　治療なし4　不明 |
| 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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | 　 | 合併症 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 非定型抗酸菌症 | 　 |
| 　 | 　 |
| Ⅴ　化学療法終了の時期 | 　 | 　 | ツベルクリン反応 |  |
| 　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) |  |  |
| 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 |
| 　 | BCG | 　 |
|  |  |
| Ⅵ　ツベルクリン反応・QFT等 | 　　　　×　　　　　　　× | (　　×　　) |  | Q 　F　 TT |  |
| (1)　ツベルクリン反応(最新のもの) |  |  |
|  | （判定日　　　年　　　月　　　日） | 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 |
| (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　　　年　　月　　日) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ⅶ　結核に関する既往医療 | 　 | 保健所記入欄発生動向調査コード |
| (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(　　) |
| 　 | 治療区分 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 |
| 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 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〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　　 手術予定(実施)時期(　　年　　月　　日)　　 外科手術の為の入院　　日間(術前　　日から　術後　　日まで) | 　 | 結核薬 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 副腎(じん)皮質ホルモン | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 最新塗抹 | 　 |
| 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) | 1　陽性2　陰性3　検査中4　未実施5　不明 |
| 　 | 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(　　) | 　 | 最新培養 | 　 |
| ／　／ |  |  | 菌 | 法(　　) | ／　／ |  |  | 菌 | 法(　　) | 　 | 　 |
|  | 1　陽性2　陰性3　検査中4　未実施5　不明6　非定型抗酸菌 |
| (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) | 　 | 検体の種類 | 　 |
| 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) | 　 | 薬剤耐性 | 　 |
| 　 | μg／ml(耐性・感受性) | μg／ml(耐性・感受性) | 　 | 　 |
| 　 | 1　INH，RFP2　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 |
| Ⅹ　最新のエックス線及びＣＴ所見 | 　 | 　 |
| (2)　撮影時期 | 年　　月　　日 | 　 |
| (1)　エックス線写真略図及びその他の所見 | (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 | 　 | 部位 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 性状 | 　 |
| (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　　　　　　　　　　　　　※署名または記名押印のこと　　　　　　　 |
| 　 | 拡がり | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 |
| 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 |

（日本産業規格A列3番）