

記入上の注意：該当する文字を○で囲むこと。□は該当すればチェック☑すること。

## 結核患者医療費公費負担申請書 B（診断書） 【37条・37条の2】

年 月 日

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	
住 所	〒 市	(TEL )			

診 断 名	肺結核 結核性胸膜炎 結核性膿胸 肺門リンパ節結核 粟粒結核 結核性髄膜炎 脊椎結核 潜在性結核感染症 他の骨・関節結核 ( ) 他のリンパ節結核 ( ) 尿路結核 他の肺外結核 ( )
-------	--

合 併 症	有・無 ☐ 塵肺 糖尿病 低肺機能 肝障害 高血圧症 その他 (アルコール障害 難病 ステロイドホルモン使用 腎透析 HIV)
-------	---

医療開始予定年月日	年 月 日	申請時	入院・通院	入院年月日	年 月 日
-----------	-------	-----	-------	-------	-------

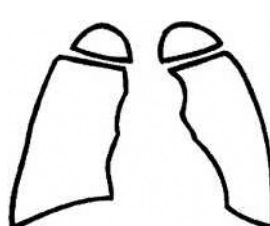
化学療法	1 初回治療	1 抗結核薬 ( ) 剤使用	1 薬品名 INH・RFP・RBT・PZA・SM・EB・LVFX KM・TH・EVM・PAS・CS・DLM・BDQ
	2 再治療		2 1のうち局所療法に用いるもの ( )
	3 継続	2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名 ( )

外科的療法	1 装具・その他 2 その他 ( )	収容日数	術前 日間、術後 日間
-------	--------------------	------	-------------

結核に関する既往の医療 (初回のみ記入)	年 月～年 月 INH・RFP・SM・EB・PAS・PZA・その他 ( )
----------------------	---------------------------------------

初めて結核と診断された時期	年 月頃	BCG接種歴(無・有 年 月 日)
---------------	------	-------------------

最新のIGRA ( 年 月 日) QFT・T-spot (陽性・陰性・判定保留・不可)	最新のツ反( 年 月 日) 陽転時期( 年 月頃) 副反応(硬結・二重発赤・水疱・潰瘍) _____ × _____ ( × ) _____ ×
---	--

喀痰結核菌検査			結核菌同定検査		胸部エックス線	薬剤感受性検査成績			
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固体・液体)	検体採取日	検体種類		菌株日	濃度	感受性	
月 日			年 月 日	(喀痰・他( ))	 病型 ( ) 年 月 日撮影 ※最新の胸部X線所見を記載のこと	INH	0.2	感	耐
月 日			年 月 日	( )		RFP	40	感	耐
月 日			年 月 日	( )		PZA	-	感	耐
月 日			年 月 日	結果(陽性・陰性・検査中・未実施)		SM	10	感	耐
月 日			年 月 日			EB	2.5	感	耐
月 日			年 月 日			KM	20	感	耐
月 日			年 月 日			TH	20	感	耐
月 日			年 月 日			EVM	20	感	耐
月 日			年 月 日			PAS	0.5	感	耐
月 日			年 月 日			CS	30	感	耐
月 日			年 月 日		LVFX	1	感	耐	

主治医意見	
-------	--

今後の治療方針	1. 標準治療 ( ) 剤 (6か月治療・9か月治療) (いずれかに○印) で治療の予定 2. 次の理由により入院延長・治療延長が必要 ( ) 3. 感染症の診査に関する協議会の意見が聞きたい ( ) 4. その他、標準治療以外の治療など ( ) 5. 標準治療未実施理由 (高齢のため・副作用のため・薬剤耐性のため・その他< >)
---------	--

医療機関所在地 _____	※申請毎に最新のX線写真を提出し、継続の場合には、前回提出のX線写真も添付すること。
医療機関名称 _____	
主治医氏名 _____	

(以下は京都市使用欄)

受理年月日	年 月 日	病型	19条・20条 及び37条 37条の2	判定	適・不適
受理番号	No.			受給者番号	
登録番号	No.			自己負担額	無・20,000円

結核医療費公費負担申請書の提出方法【郵送・持参・その他 ( )】
----------------------------------