

第9号様式の3 (第10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	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
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 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20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	(申請者が患者本人である場合は、左欄に記入)
フリガナ	年 月 日 (歳)
患者氏名	男・女 生年月日
住 所	電話
保 険 種 類	保健所記入欄 発生动向調査コード 保健の種類
添付エックス線写真の枚数	枚
診 断 書	貴院カルテNo.
I 病 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
II 経 過	潜在的結核感染症
(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	2 外来治療中
(1) 1 入院中	受療状況
入院年月日	年 月 日
(2) 入院理由 (結核・結核外 [ ])	1 入院中 2 外来治療中 3 治療なし 4 不明
(3) 合併症	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	非定型抗酸菌症
IV 治療方針	ツベルクリン反応
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	1-9mm以下 2+10mm以上 3++ 硬結 4+++ 重発赤水疱 5 不明 6 未実施
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、結核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)	BCG
VI ツベルクリン反応・QFT等	QFT
(1) ツベルクリン反応(最新のもの)	$\frac{x}{x}$ (×)
(2) ツベルクリン反応陽転時期	(判定日 年 月 日)
(3) BCG接種歴 1有(年 月頃) 2無 3不明	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

<p><b>Ⅶ 結核に関する既往医療</b></p> <p>(1) 今回の治療 1 ①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 SM EB PZA PAS その他( ):医療機関名( )  年 月～年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他( ):医療機関名( )  年 月～年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他( ):医療機関名( )</p>	<p>保健所記入欄  発生動向調査コード</p> <p>治療区分</p> <p>治療薬</p> <p>副腎(じん)皮質ホルモン</p> <p>最新塗抹</p> <p>1 陽性  2 陰性  3 検査中  4 未実施  5 不明</p> <p>最新培養</p> <p>1 陽性  2 陰性  3 検査中  4 未実施  5 不明  6 非定型抗酸菌</p> <p>検体の種類</p> <p>薬剤耐性</p>																																																													
<p><b>Ⅷ 今回の治療内容</b></p> <p>(1) 化学療法 年 月 日から 抗結核薬( ) 剤使用  1 INH 2 RFP 3 RBT 4 SM 5 EB 6 KM 7 TH 8 EVM 9 PZA 10 PAS  11 CS 12 DLM 13 LVFX 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)</p>	<p>1 陽性  2 陰性  3 検査中  4 未実施  5 不明</p> <p>最新培養</p> <p>1 陽性  2 陰性  3 検査中  4 未実施  5 不明  6 非定型抗酸菌</p> <p>検体の種類</p> <p>薬剤耐性</p>																																																													
<p><b>Ⅸ 検査</b></p> <p>(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)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検体採取年月日</th> <th>塗抹</th> <th>培養</th> <th>病原体</th> <th>同定の方法:PCR法等(検体記号)</th> <th>検体採取年月日</th> <th>塗抹</th> <th>培養</th> <th>病原体</th> <th>同定の方法:PCR法等(検体記号)</th> </tr> <tr> <td>／／</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> <td>／／</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> </tr> <tr> <td>／／</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> <td>／／</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> </tr> <tr> <td>／／</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> <td>／／</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> </tr> </table> <p>(2) 菌陰性化時期 年 月 日</p> <p>(3) 薬剤耐性試験成績</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>治療開始時(実施 年 月)</th> <th>最新(実施 年 月)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S M</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td>INH</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td>RFP</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td>E B</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> <td>μg/ml (耐性・感受性)</td> </tr> </tbody> </table>	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)	／／	号	個	菌	法( )	／／	号	個	菌	法( )	／／	号	個	菌	法( )	／／	号	個	菌	法( )	／／	号	個	菌	法( )	／／	号	個	菌	法( )		治療開始時(実施 年 月)	最新(実施 年 月)	S M	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)	E B	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)	<p>1 陽性  2 陰性  3 検査中  4 未実施  5 不明</p> <p>最新培養</p> <p>1 陽性  2 陰性  3 検査中  4 未実施  5 不明  6 非定型抗酸菌</p> <p>検体の種類</p> <p>薬剤耐性</p>
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)																																																					
／／	号	個	菌	法( )	／／	号	個	菌	法( )																																																					
／／	号	個	菌	法( )	／／	号	個	菌	法( )																																																					
／／	号	個	菌	法( )	／／	号	個	菌	法( )																																																					
	治療開始時(実施 年 月)	最新(実施 年 月)																																																												
S M	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)																																																												
E B	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)																																																												
<p><b>X 最新のエックス線所見</b></p> <p>(1) レントゲン写真略図及びその他の所見(肺外結核の場合は、そのエックス線略図及びその他の所見)</p>  <p>(2) 撮影時期 年 月 日</p> <p>(3) 学会分類</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>部 位</td> <td>①r</td> <td>②l</td> <td>③b</td> <td>④該当なし</td> </tr> <tr> <td>性 状</td> <td>①I</td> <td>②II</td> <td>③III</td> <td>④p1 ⑤H</td> </tr> <tr> <td></td> <td>⑥Op</td> <td>⑦IV</td> <td>⑧V</td> <td>⑨o</td> </tr> <tr> <td>拡がり</td> <td>①1</td> <td>②2</td> <td>③3</td> <td>④該当なし</td> </tr> </table>	部 位	①r	②l	③b	④該当なし	性 状	①I	②II	③III	④p1 ⑤H		⑥Op	⑦IV	⑧V	⑨o	拡がり	①1	②2	③3	④該当なし	<p>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</p> <p>学 会 分 類</p> <p>部 位</p> <p>性 状</p> <p>拡がり</p>																																									
部 位	①r	②l	③b	④該当なし																																																										
性 状	①I	②II	③III	④p1 ⑤H																																																										
	⑥Op	⑦IV	⑧V	⑨o																																																										
拡がり	①1	②2	③3	④該当なし																																																										
<p>(4) CT所見(必要に応じて) 撮影時期: 年 月 日</p> <p>備考</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関所在地 _____  医療機関の名称 _____ 電話 ( ) _____  医 師 名 _____ 印 _____</p>	<p>部 位</p> <p>性 状</p> <p>拡がり</p>																																																													
<p>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の場合は、この診断書を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、医療費公費負担決定通知書及び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。</p>	<p>感染症の診査に関する協議会意見</p>																																																													