

別記様式第 24 号（第 14 条、第 15 条関係）

感染症患者公費負担申請書

年 月 日

（宛先）和歌山市長

申請者
氏名
住所
個人番号
患者との関係


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 の規定により 医療費
第 37 条の 2 療養費

の公費負担を申請します。

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					
個 人 番 号					
保険者等の種別	健保（本人・家族） 国保（一般・退職本人・退職家族） 後期高齢 生保（保護受給中・保護申請中） その他（ ）				

感染症患者医療費公費負担申請用診断書

(37条・37条の2)

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日																																																																																			
住 所																																																																																								
病 名																																																																																								
病 名	1	2	3																																																																																					
現 在 の 状 況																																																																																								
治 療 状 況	<input type="checkbox"/> 外来治療 <input type="checkbox"/> 入院治療 入院年月日 年 月 日 入院理由 (結核・結核以外)																																																																																							
合 併 症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝疾患() <input type="checkbox"/> 腎疾患() <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍() <input type="checkbox"/> 免疫系疾患() <input type="checkbox"/> その他()																																																																																							
結核既往歴	年 ~ 年 治療薬剤 () 医療機関 ()																																																																																							
今 回 の 治 療 内 容																																																																																								
治 療 区 別	<input type="checkbox"/> 初回治療 <input type="checkbox"/> 継続治療 <input type="checkbox"/> 再治療 <input type="checkbox"/> 再治療の継続 治療開始予定日(年 月 日)																																																																																							
化 学 療 法	()内は1日使用量を記入してください。 患者の体重()Kg INH() RFP() PZA() EB() SM() 併用抗菌剤の使用 有・無 KM() TH() EVM() PAS() CS() LVFX()・()																																																																																							
外 科 的 療 法	<input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 肺外() 手術年月日 年 月 日 収容期間 ~																																																																																							
装 具 療 法																																																																																								
検 査 結 果																																																																																								
菌 所 見	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>検体採取日(月/日)</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>検体種別</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>塗 抹</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>培 養</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>迅速 PCR MTD</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>同定 DDH他</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADA 等</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					検体採取日(月/日)	/	/	/	/	/	検体種別						塗 抹						培 養						迅速 PCR MTD						同定 DDH他						ADA 等						検体種別 1.喀痰 2.気管支洗浄液 3.気管支擦過 4.尿 5.膿 6.胸水 7.組織 8.胃液 9.その他()	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>実施日</th> <th colspan="2">年 月 日</th> </tr> <tr> <td>薬 剤 (μg/ml)</td> <td>薬剤感受性検査</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INH (0.2)</td> <td>感 ・ 耐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RFP (40)</td> <td>感 ・ 耐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EB (2.5)</td> <td>感 ・ 耐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SM (10)</td> <td>感 ・ 耐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>KM (20)</td> <td>感 ・ 耐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TH (20)</td> <td>感 ・ 耐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EVM (20)</td> <td>感 ・ 耐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PAS (0.5)</td> <td>感 ・ 耐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CS (30)</td> <td>感 ・ 耐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PZA ()</td> <td>感 ・ 耐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LVFX (1.0)</td> <td>感 ・ 耐</td> <td></td> </tr> </table>	実施日	年 月 日		薬 剤 (μg/ml)	薬剤感受性検査		INH (0.2)	感 ・ 耐		RFP (40)	感 ・ 耐		EB (2.5)	感 ・ 耐		SM (10)	感 ・ 耐		KM (20)	感 ・ 耐		TH (20)	感 ・ 耐		EVM (20)	感 ・ 耐		PAS (0.5)	感 ・ 耐		CS (30)	感 ・ 耐		PZA ()	感 ・ 耐		LVFX (1.0)	感 ・ 耐	
	検体採取日(月/日)	/	/	/	/	/																																																																																		
検体種別																																																																																								
塗 抹																																																																																								
培 養																																																																																								
迅速 PCR MTD																																																																																								
同定 DDH他																																																																																								
ADA 等																																																																																								
実施日	年 月 日																																																																																							
薬 剤 (μg/ml)	薬剤感受性検査																																																																																							
INH (0.2)	感 ・ 耐																																																																																							
RFP (40)	感 ・ 耐																																																																																							
EB (2.5)	感 ・ 耐																																																																																							
SM (10)	感 ・ 耐																																																																																							
KM (20)	感 ・ 耐																																																																																							
TH (20)	感 ・ 耐																																																																																							
EVM (20)	感 ・ 耐																																																																																							
PAS (0.5)	感 ・ 耐																																																																																							
CS (30)	感 ・ 耐																																																																																							
PZA ()	感 ・ 耐																																																																																							
LVFX (1.0)	感 ・ 耐																																																																																							
X線検査及び臨床経過等	[臨床経過等]  (年 月 日)																																																																																							
ツベルクリン反応・IGRA検査等	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>ツベルクリン反応検査</td> <td>検査日</td> <td>年 月 日</td> <td>発赤長径</td> <td>mm</td> <td>副反応 (二重発赤・硬結・水泡・壊死)</td> </tr> <tr> <td>IGRA検査</td> <td>検査日</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="2">(QFT検査・T-SPOT検査)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>判定保留 <input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>判定不能 ESAT-6()・CFP-10() </td> </tr> </table>					ツベルクリン反応検査	検査日	年 月 日	発赤長径	mm	副反応 (二重発赤・硬結・水泡・壊死)	IGRA検査	検査日	年 月 日	(QFT検査・T-SPOT検査)				<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定不能 ESAT-6()・CFP-10()																																																																					
ツベルクリン反応検査	検査日	年 月 日	発赤長径	mm	副反応 (二重発赤・硬結・水泡・壊死)																																																																																			
IGRA検査	検査日	年 月 日	(QFT検査・T-SPOT検査)																																																																																					
	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定不能 ESAT-6()・CFP-10()																																																																																							
今 後 の 治 療 方 針																																																																																								
治療方針その他意見をご記入ください。	<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 今回で治療を終了する。 <input type="checkbox"/> 継続が必要 <input type="checkbox"/> 診査協議会の意見を聞きたい。 <input type="checkbox"/> その他() </div> 治療終了予定日 (年 月 日)																																																																																							
年 月 日	医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名																																																																																							