

年 月 日

結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書

江東区保健所長 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

東京都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。


電話番号

( )

患者との関係

患者が未成年の場合は、保護者(親権を行う者又は後見人)が申請を行うこと。また、保護者が法人の場合は当該法人が申請を行うこと。患者又はその保護者が申請できない場合は、指定医療機関又は報告保健所が申請書の作成を代行することができる

|   |   |            |             |  |
|---|---|------------|-------------|--|
| フリガナ<br>患者氏名  | 男・女   | 生年月日       | 年 月 日( 歳)   | 保健所記入欄<br>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 国保一般 4 国保退職本人 5 国保退職家族<br>6 後期高齢 7 生保(受給中) 8 生保(申請中) 9 組回国保本人 10 組回国保家族<br>11 自費・その他( ) 12 不明 |            |             |  |
| 添付エックス線写真の枚数  | 枚   | 貴院カルテNo.   |             |  |
| 診 断 書   |   |            |             |  |
| 病 名   |   |            |             | 診 断 名  |
| 1   | 2   | 3          |             |  |
| 経 過   |   |            |             | 1 1 肺結核<br>1 2 結核性胸膜炎<br>1 3 結核性膿(のう)胸<br>1 4 肺門リンパ節結核<br>1 5 粟(ぞく)粒結核<br>2 1 結核性髄膜炎<br>2 2 脊椎(せきつい)結核<br>2 3 他の骨・関節結核<br>2 4 他のリンパ節結核<br>2 5 尿路結核<br>2 6 他の肺外結核 |
| (1) 発病の時期   | 年 月 日   | (2) 初診の時期  | 年 月 日       | 潜 在 性 結 核 感 染 症  |
| (3) 診断の時期   | 年 月 日   | (4) 医療開始時期 | 年 月 日       |  |
| 現在の受診状況   |   |            |             | 受 療 状 況  |
| (1) 1 入院中   | 2 外来治療中   |            |             | 1 入院中<br>2 外来治療中<br>3 治療なし<br>4 不明   |
| 入院年月日   | 年 月 日   |            |             |  |
| (2) 入院理由 (結核・結核外〔 〕)  |   |            |             | 合 併 症  |
| (3) 合併症<br>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( )   |   |            |             | 非 定 型 抗 酸 菌 症  |
| (4) 非定型抗酸菌症 1 有 2 無   |   |            |             |  |
| 治療方針  |   |            |             | ツベルクリン反応   |
| 1 化学療法のみでよい。<br>2 一応化学療法を実施した上で、その後の方針を決める。<br>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。)<br>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。<br>5 その他( ) |   |            |             | 1 - 9mm以下<br>2 + 10mm以上<br>3 ++ 硬結<br>4 +++ 二重発赤水泡<br>5 不明<br>6 未実施  |
| 化学療法終了の時期   |   |            |             | B C G  |
| 1 この申請を最後として化学療法を終了する。<br>2 治療をなお継続する必要がある。<br>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)。<br>化学療法の開始日 ( 年 月 ) (中断又は再治療の場合は再開日)            |   |            |             | Q F T  |
| ツベルクリン反応・QFT等   |   |            |             | 1 陽性 2 判定保留<br>3 陰性 4 判定不可<br>5 結果不明 6 未実施   |
| (1) ツベルクリン反応(最新のもの)   | x   |            | ( x )       |  |
|   | x   |            | (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 月ごろ) 2 無 3 不明  |   |            |             |  |
| (4) リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロン 試験(QFT等)<br>1 陽性 2 判定保留 3 陰性(実施日 年 月 日)   |   |            |             |  |

| <b>結核に関する既往医療</b>   |  | <b>保健所記入欄<br/>発生動向調査コード</b>                        |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
|---|--|--|------------|-------------------|-------------------|----------------|-----|----------------|----------------|------|----------------|----------------|-----|----------------|----------------|-----|----------------|----------------|---|----------------|----------------|--|--|-----|-------------------|-----|---|---|---|------|-----|---|---|---|------|-----|---|---|---|------|--|--|
| (1) 今回の治療 1 初回治療 継続治療 2 再治療 3 不明<br>(2) 再治療の場合、既往医療<br>年 月～年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他( ):医療機関名( )<br>年 月～年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他( ):医療機関名( )<br>年 月～年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他( ):医療機関名( )  |  | 治療区分   |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| <b>今回の治療内容</b>  |  | <b>結核薬</b>   |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| (1) 化学療法 年 月 日から 抗結核薬( )剤使用<br>1 INH 2 RFP 3 RBT 4 SM 5 EB 6 KM 7 TH 8 EVM 9 PZA 10 PAS<br>11 CS 12 その他( ) 1から12までのうち局所療法に用いるもの( )<br>(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<br>(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<br>5 その他( )<br>方法等[ ]<br>手術予定(実施)時期( 年 月 日)<br>外科手術の為の入院 日間(術前 日から 術後 日まで)   |  | 副腎(じん)皮質ホルモン                                       |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| <b>検査</b>   |  | <b>最新塗抹</b>  |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| (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。)<br>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<br>3 尿 4 膿(うみ) 5 穿(せん)刺液 6 (1) 組織 6 (2) 他)  |  | 最新培養   |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <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> </tr> </thead> <tbody> <tr><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></tr> <tr><td>/ /</td><td>号</td><td>個</td><td>菌</td><td>法( )</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <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> </tr> </thead> <tbody> <tr><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></tr> <tr><td>/ /</td><td>号</td><td>個</td><td>菌</td><td>法( )</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) | / /            | 号   | 個              | 菌              | 法( ) | / /            | 号              | 個   | 菌              | 法( )           | / / | 号              | 個              | 菌 | 法( )           | 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( ) |  | 1 陽性<br>2 陰性<br>3 検査中<br>4 未実施<br>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) |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| / /   | 号  | 個  | 菌          | 法( )              |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| / /   | 号  | 個  | 菌          | 法( )              |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| / /   | 号  | 個  | 菌          | 法( )              |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| 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( )              |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| (2) 菌陰性化時期 <input style="width:100px;" type="text" value="年 月 日"/>  |  | 最新培養   |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| (3) 薬剤耐性試験成績  |  | 1 陽性<br>2 陰性<br>3 検査中<br>4 未実施<br>5 不明<br>6 非定型抗酸菌 |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| <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>   |  | 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) |  | 1 陽性<br>2 陰性<br>3 検査中<br>4 未実施<br>5 不明<br>6 非定型抗酸菌 |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
|   | 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)                                     |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| <b>最新のエックス線及びCT所見</b>   |  | <b>検体の種類</b>                                       |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| (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)<br>  | (2) 撮影時期 <input style="width:100px;" type="text" value="年 月 日"/><br>(3) 学会分類<br><table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>部位</th> <th>r</th> <th>l</th> <th>b</th> <th>該当なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>性状</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>pl H</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Op</td> <td></td> <td></td> <td>o</td> </tr> <tr> <td>拡がり</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>該当なし</td> </tr> </tbody> </table> | 部位   | r          | l                 | b                 | 該当なし           | 性状  |                |                |      | pl H           |                | Op  |                |                | o   | 拡がり            | 1              | 2 | 3              | 該当なし           | 1 INH、RFP<br>2 INHのみ<br>3 RFPのみ<br>4 その他のみ<br>5 耐性なし<br>6 不明 |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| 部位  | r  | l  | b          | 該当なし              |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| 性状  |  |  |            | pl H              |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
|   | Op   |  |            | o                 |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| 拡がり   | 1  | 2  | 3          | 該当なし              |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| (4) CT所見(必要に応じ) 撮影時期: 年 月 日   |  | <b>学会分類</b>  |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| <b>備考</b>   |  | <b>部位</b>  |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| 年 月 日<br>医療機関所在地<br>医療機関の名称 電話 ( )<br>医師名 印   |  | <b>性状</b>  |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
|   |  | <b>拡がり</b>   |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |
| <b>注意</b> 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。<br>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。<br>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。  | <b>感染症の診査に関する協議会意見</b>   |  |            |                   |                   |                |     |                |                |      |                |                |     |                |                |     |                |                |   |                |                |  |  |     |                   |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |     |   |   |   |      |  |  |