

様式第4-3-10号(第37条の2関係) 感染症患者医療費公費負担診断書

氏名	福島 太郎		生年月日	昭和〇〇年△月◇日(〇〇歳)					
住所	福島市森合町10番1号								
病名	肺結核								
治療方針	① 化学療法のみでよい。(※あと何か月治療予定か。あと 6 か月)		公費負担申請は最長6か月まで。治療期間が6か月を超える場合には、再度継続の申請が必要です。						
	2 一応化学療法を実施したうえで、その後の方針をきめたい。								
	3 外科的療法を実施したい。(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したい。								
	5 その他()								
化学療法終了の時期	① この申請を最後として化学療法を終了する。		今回の申請で終了の場合には、1 治療期間が6か月を超えるため継続の申請が必要になる場合には、2 治療期間の判断に迷う場合には、3を選択。						
	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、感染症診査協議会委員の意見を聞きたい。(終了してよい、継続が必要、不明)								
医療の種類	化学療法	① 初回治療	1 抗結核薬 (4)剤使用	1 薬品名[mg] INH[300] RFP[500] SM[] B[750] PZA[1250] LVFX[] BDQ[] TH[] EVM[] KM[] PAS[] CS[] RBT[] DLM[] その他[]	医療開始予定年月日 令和〇年 5月 10日				
		2 再治療	2 体重 (50)キログラム	2 1のうち局所療法に用いるもの ()	入院 月 日				
		3 継続	3 副腎皮質ホルモン剤	薬品名()	月 日				
	外科療法	4 薬剤変更	外科療法が必要になる場合、手術に対する入院のみが対象になります。リハビリのための入院は公費負担対象外です。			●初回治療・再治療・薬剤変更の場合：抗結核薬の内服開始(予定)日を記載。 ※公費負担開始日は、公費負担申請書及び診断書の提出日からとなります。 ●継続の場合：現在の公費負担承認期間終期の翌日を記載。			
		5 その他							
骨関節結核の装具療法									
收容	日間(術前)	日間(術後)	日間	手術予定(実施)年月日	年 月 日				
現症	胸部X線写真略図 令和〇年4月30日撮影		学会分類	肺外結核の場合はそのX線写真略図及び所見 CTの有無(有・無)(年 月 日撮影) CT所見					
			r I b I II III IV V ① 2 3 H PI Op	病理所見で結核と診断					
結核菌検査			耐性検査		培養同定検査				
日付検体	塗抹	培養	日付検体	塗抹	培養	薬品(mcg/ml)	年月	年月	令和〇年5月 (結核菌陽性)
4月1日	陰性	陽性				INH [0.2]	感 耐	感 耐	ツベルクリン反応検査(年 月 日) 陰性 陽性 強陽性 × ×
喀痰						RFP[40]	感 耐	感 耐	
4月2日	陰性	検査中				SM [10]	感 耐	感 耐	B C G 接種歴 無 有(年 月 日頃) IGRA検査(年 月 日) 陰性 陽性 その他()
喀痰						EB [2.5]	感 耐	感 耐	
4月3日	陰性	検査中				PZA[]			IGRA検査を実施している場合、記入。特に、LTBIの場合には忘れずにご記載ください。
喀痰						() []			
						() []			
結核に関する既往の医療		年月日 ~ 年月日	INH RFP SM EB PZA_BDQ	その他()					
		年月日 ~ 年月日	INH RFP SM EB PZA_BDQ	その他()					
継続治療の理由 (※継続の場合にご記入願います)	薬剤中止期間		薬剤名	中止期間	理由				
					副作用や患者の自己中断等、薬剤の中止期間がある場合、記載。				
DOTS状況		なし あり	外来DOTS・保健所の連絡確認・その他()						

令和〇年 5月 10日

※提出日から公費負担対象となりますので、診断後速やかに記入し、公費負担申請書と併せて提出をお願いします。

医療機関の名称 ○〇△クリニック
 医療機関の所在地 福島市○〇△△
 電話番号 024-572-3152
 医師の氏名 森合 花子

