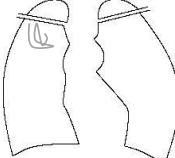


結核患者医療費公費負担診断書

※欄は継続の場合ご記入願います。

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□□字△△〇-〇									
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、感染症診療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(37条の2初回申請)		1 抗結核薬 (4)剤使用		1 薬品名(mg)		当該申請における 医療開始予定年月日			
		2 初回治療(37条の2継続申請)		体重 (50)キログラム		INH[300] RFP[450] SM[]		令和〇年 5 月 10 日			
		3 再治療(37条の2初回申請)				EB[750] PZA[1250] LVFX[] BDQ[]		人 院 年 月 日			
		4 再治療(37条の2継続申請)				TH[] KM[] PAS[]		年 月 日			
		5 薬剤変更申請				CS[] RBT[] DLM[] その他[]					
外 科 療 法	1 肺結核		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。		2 1のうち局所療法に用いるもの ()						
	2 結核性膿胸				2 副腎皮質ホルモン剤		薬品名()				
	3 骨関節結核										
	4 泌尿器結核										
	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			
				r l b I II III IV V		CTの有無 (有 ・ 無) (年 月 日撮影)					
				① 2 3 H Pl Op		CT所見					
病理所見で結核と診断した場合は結果の写しを添付してください。											
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)	RO年5月	年 月	令和〇年 4月15日(結核菌陽性)		
4/1	陰性	陽性	/			INH[0.2]	感 耐	感 耐	ツバ/クワ反応検査(年 月 日)		
喀痰						RFP[40]	感 耐	感 耐			
4/2	陰性	検査中	/			SM[10]	感 耐	感 耐			
喀痰						EB[2.5]	感 耐	感 耐	陰性 陽性 強陽性 ×		
4/3	陰性	検査中	/			PZA[]	感 耐	感 耐	B C G 接 種 歴		
喀痰						() []	感 耐	感 耐	無 有 (年 月 頃)		
/			/			() []	感 耐	感 耐	IGRA検査 (令和〇年4月1日)		
						() []	感 耐	感 耐	陰性 陽性 その他()		
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						※薬剤中止期間		薬 剤 名	中 止 期 間	理 由	
									年 月 日 ~ 年 月 日		
									年 月 日 ~ 年 月 日		
									年 月 日 ~ 年 月 日		
※ D O T S 状 況						なし あり 外来DOTS ・ 保健福祉事務所の連絡確認 ・ 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。

医療機関名称 〇〇病院
医療機関所在地 福島市〇〇字△△□-□
電 話 番 号 024-572-〇〇〇〇
医 師 氏 名 森合 花子