

年 月 日

結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書  
(提出先)足立区足立保健所長

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。 患者との関係  
申請者個人番号

患者の個人番号

フリガナ

患者氏名

住 所

保 険 種 類

添付エックス線写真の枚数

診 断 書

I 病 名

II 経 過

III 現在の受診状況

IV 治療方針

V 化学療法終了の時期

VI ツベルクリン反応・QFT等

申請者電話番号 ( )

患者の性別 男・女 生年月日 年 月 日(歳)

保険の種類

診断名

潜在性結核感染症

受 療 状 況

合併症

非定型抗酸菌症

ツベルクリン反応

B C G

Q F T

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

VII 結核に関する既往医療

(1) 今回の治療 1①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

VIII 今回の治療内容

(1) 化学療法 年月日から抗結核薬( )剤使用

(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

(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

IX 検 査

(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( )


(2) 菌陰性化時期 年月日 (3) 血沈(1時間値) 年月日 ミリ

(4) 薬剤耐性試験成績

	治療開始時/実施 年 月	最新(実施 年 月)
SM	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)
EB	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)

X 最新のエックス線所見

(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)



(2) 撮影時期 年月日

(3) 学会分類

部 位	①r	②l	③b	④該当なし
性 状	①I	②II	③III	④PI ⑤H
拡がり	⑥0p	⑦IV	⑧V	⑨0
	①1	②2	③3	④該当なし

備考

年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

医 師 名

電話 ( )

印

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。

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。

保健所記入欄  
発生動向調査コード

治 療 区 分

結 核 薬

副腎(じん)皮質  
ホルモン

最 新 塗 抹

1 陽性  
2 陰性  
3 検査中  
4 未実施  
5 不明

最 新 培 養

1 陽性  
2 陰性  
3 検査中  
4 未実施  
5 不明  
6 非定型抗酸菌

検 体 の 種 類

薬 剤 耐 性

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

学 会 分 類

部 位

性 状

拡 が り