

## 結核医療費公費負担申請書

千葉県知事 様

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。

申請者住所

申請者氏名 ㊞ ※1

患者との関係 続柄（本人・その他（ ））

患者住所

患者氏名 男・女

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 歳

※1：患者本人が自ら自署により申請した場合は押印不要

被保険者等の別

健保（本人・家族） 国保（一般・退職本人・退職家族）

添付写真の枚数

枚

後期高齢者 生保（保護受給中・保護申請中） その他（ ）

## 診 断 書

病 名

1.

2.

3.

合併症

当該申請における治療開始日：令和 年 月 日

入院日：令和 年 月 日

治療内容

1. 初回治療

化学療

抗結核剤

（ ）剤使用

INH・RFP・RBT・SM・EB・KM・TH

EVM・PZA・PAS・CS

うち局所療法に使用する薬剤（ ）

2. 継続

法

副腎皮質ホルモン剤

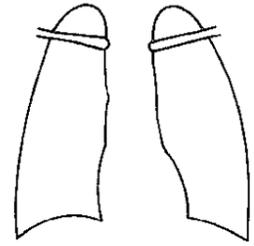
薬剤名（ ）

外科的療法

1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核 4. 泌尿器結核 5. その他（ ）

手術（予定・実施） 年 月 日（内容： ）

胸部X線写真



年 月 日撮影

学会分類

r l b

I II III IV V O

1 2 3

H p l O P

その他の所見（肺外結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見）

菌検査

診断時：連続喀痰菌検査

塗抹G 号（ 月 日）

G 号（ 月 日）

G 号（ 月 日）

PCR（-+）（ 月 日）

他の検体（ ）

塗抹G 号（ 月 日）

培養 個/週（ 月 日）

PCR（-+）（ 月 日）

診 断 後

実施日

月 日

月 日

月 日

月 日

月 日

月 日

検 体

喀痰・（ ）

喀痰・（ ）

喀痰・（ ）

喀痰・（ ）

喀痰・（ ）

喀痰・（ ）

塗 抹

号

号

号

号

号

号

培 養

個/週

個/週

個/週

個/週

個/週

個/週

P C R

- +

- +

- +

- +

- +

- +

※2  
ツベルクリン  
反応検査  
(最新のもの)

実施日 年 月 日

発赤 × mm, 硬結 × mm

副反応

(二重発赤, リンパ管炎, 水疱, 出血, 壊死)

耐性検査（薬剤 [μg/ml]） 実施日 年 月 日

INH [0.2]

RFP [40]

SM [10]

EB [2.5]

感・耐

感・耐

感・耐

感・耐

※3  
QFT検査

実施日 年 月 日

陰性・判定保留・陽性

陰性コントロール（ IU/ml）

刺激抗原（Ag）（ IU/ml）

陽性コントロール（ IU/ml）

PZA [ ]

RBT [ ]

[ ]

[ ]

感・耐

感・耐

感・耐

感・耐

※5 結核の治療歴

治療歴（無・有）

S・H・R 年 月～ 年 月（ ）

S・H・R 年 月～ 年 月（ ）

備考

令和 年 月 日

医療機関 所在地

TEL

-

-

医療機関 名称

医師氏名

㊞

申請上の注意

- 該当する項目又は数字を○で囲んでください。
- CT等がありましたら、一連の写真を添付してください。
- 菌検査欄は、過去6ヶ月間に実施した検査結果を記入してください。
- 診断後の菌検査結果については、最新のものから左より記入してください。
- 継続申請の場合は、必ず初回申請時、前回申請時のX線写真と最新のX写真を提出してください。
- 肺外結核の場合は、必ず胸部X線写真の他に、該当部位のX線写真も一緒に提出してください。
- ※2・※3は、実施した場合は記入してください。（初回申請時のみ）
- ※4・※5は、初回申請時のみ記入してください。