

記入上の注意

- 1. 該当する文字については、その項目(頭に数字があるときは、その数字のみとする)を○で囲むこと。
- 2. ※印欄は、記入しないこと。
- 3. この申請書の公費負担の承認開始日は、保健所が申請を受理した日(郵送の場合消印日)となりますので、ご注意ください。

感染症患者(結核・通院*)医療費公費負担申請書(法第37条の2)

(※入院勧告によらない入院患者の結核医療費を含む)

平成 年 月 日

明石市長様

申請者の氏名

申請者の個人番号

申請者の住所

患者との関係

TEL

(ふりがな)	患者の氏名	男	明・大	年	月	日生	歳	住所	TEL
		女	昭・平						
個人番号									
被保険者の別		健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 生保(保護受給中・保護申請中) 介護保険 その他()							
健保、共済、国保 介護保険の 記号・番号		高齢者の医療の確保 に関する法律による 医療の受給資格 (有・無)	※平成 年 月 日から		入院勧告書の 番号(該当者 のみ)	添付X線 写真の枚数		枚	

診 断 書

病名	1	2	3							
医療の種類	化学療法	1. 初回治療	(1)抗結核薬 () 剤使用	(2)副腎皮質ホルモン剤 (有・無)	医療開始予定年月日					
		2. 初回治療の継続	INH RFP PZA SM	薬品名	平成 年 月 日					
		3. 再治療	EB RBT KM EVM	[]	入院開始年月日					
		4. 再治療の継続	TH CS PAS LVFX		平成 年 月 日					
外科的		1.肺 2.肺外 部位 []	術式及び治療内容(骨・関節結核の装具療法を含む)		手術予定年月日	外科的療法に必要な取容期間				
					平成 年 月 日	術前 日間	術後 日間			
合併症歴	1. 結核 治療歴など具体的に() 2. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 経口薬服用 <input type="checkbox"/> インスリン使用 3. 肝疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> アルコール性肝障害 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他() 4. 腎疾患() 5. 悪性腫瘍() 6. 免疫系疾患() 7. ステロイド使用() 8. その他() (該当する数字に○。□は該当すればチェック。)				BCG接種歴	有・無・不明 (最終接種 歳時)				
					結核患者との接触	有・無・不明 (有の場合の詳細)				
現病歴	呼吸器症状の有無 (有・無)		呼吸器症状の出現時期(年 月 日)	医療機関に初診の時期(年 月 日)	結核と診断された時期(年 月 日)	今回のツ反	平成 年 月 日実施 (×) (×) mm (硬結・二重発赤・水泡・壊死) 判定: -・+・++・+++ ✓			
現症	肺結核・肺外結核の(胸部等)エックス線図及び臨床所見					菌陰性の場合の診断の根拠(QFT検査ADA値など)				
						ADA値		(胸水・その他検体())		

喀痰結核菌検査			診断時の核酸増幅同定検査 検査法(PCR法・)	培養後の抗酸菌同定検査 検査法(核酸同定・)	薬剤感受性検査成績					
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)	平成 年 月 日 実施	平成 年 月 日 実施	菌株日	平成 年 月 日				
月 日			検査結果	検査結果	菌名 []	薬剤名	濃度 (μg/ml)	感受性		
月 日		結核菌 (M. tuberculosis)				結核菌 (M. tuberculosis)	INH	0.2	感	耐
月 日		陽性・陰性				陽性・陰性	RFP	1	感	耐
月 日		その他の抗酸菌				その他の抗酸菌	PZA	40	感	耐
月 日		菌名 []				菌名 []	SM	10	感	耐
月 日		陽性・陰性	陽性・陰性	EB	2.5	感	耐			
月 日				KM	20	感	耐			
月 日				EVM	20	感	耐			
月 日				TH	20	感	耐			
月 日				CS	30	感	耐			
注) 初回申請時は、治療開始時の3連続検査の結果を記入すること。			検査未実施	検査未実施	PAS	0.5	感	耐		
					LVFX	1	感	耐		

今後の医療方針 (治療開始時4剤併用例では6か月、3剤併用例では9か月を超えて継続する場合は、その理由及びその他の意見を記入すること。)

1. 今回で治療を終了する 2. 継続が必要である 3. 感染症の診査に関する協議会の意見()について)を開きたい 4. その他

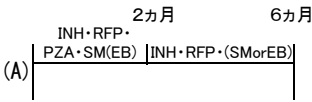
平成 年 月 日	※感染症診査協議会の意見	※病型
医療機関の所在地		
医療機関の名称	TEL	
医師の氏名		

受理年月日	平成 年 月 日	郵送・持参	37条の2	判定	承認・不承認
受理番号	No.			受給者番号	
登録票番号	No.			通知書番号	No.

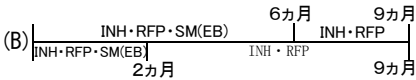
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2に基づく公費負担の承認開始日は、保健所が申請を受理した日(郵送の場合消印日)となりますので、ご注意ください。

結核医療の基準（平成21年2月改正）・平成26年一部改正

I. 初回治療



初期2ヵ月間はINH, RFP, PZA, SM(またはEB)の4剤併用。
その後INH, RFPの2剤併用4ヵ月間、合計6ヵ月(180日)間。
薬剤感受性検査結果不明で、さらに症状未改善の場合は、SM(またはEB)を使用。
(ただし、薬剤感受性結果が判明するか、症状が改善するまでの期間に限る。)



INH, RFP, SM(またはEB)の3剤併用を2ヵ月ないし6ヵ月間。
その後はINH, RFPの2剤併用 合計9ヵ月(270日)間。

(薬剤選択)

- 原則として上記(A)を行う。ただし、PZAが使用できない場合は上記(B)とする。
- INH又はRFP(RBT)が使用できない場合は、感受性を有すると想定される抗結核薬を4剤以上選んで併用療法を開始する。

(治療期間の延長)

- RFPが使用できない(INHは使用可)場合の治療期間は、培養検査が陰性となった後(菌陰性化後)18月ないし24月とする。(PZAの使用状況による。)
- INHが使用できない(RFPは使用可)場合の治療期間は、(PZA使用の場合)菌陰性化後6月間又は治療開始後9月間で長い期間。
(PZA不使用の場合)菌陰性化後9月間又は治療開始後12月間で長い期間。
- INH・RFPのいずれも使用できない場合の治療期間は、菌陰性化後24ヵ月とする。
- 下記の場合は病状及び経過を考慮して治療期間を3月間延長できる。
 - ① 症状が著しく重い場合
 - ② 治療開始から2月を経ても結核菌培養の成績が陰転しない場合
 - ③ 結核の経過に影響を及ぼす疾患(糖尿病、塵肺、HIV感染等)を合併する場合
 - ④ 副腎皮質ホルモンもしくは免疫抑制剤を長期にわたり使用している場合

II. 再治療

再治療の場合には、結核の再発の防止の観点から、治療期間を初回の場合よりも3月間延長できる。

III. 潜在性結核感染症

原則として、INHの単独療法を6月間行い、必要に応じて更に3月間行う。
ただし、INHが使用できない場合は、RFPの単独療法を4月ないし6月間行う。

ツベルクリン反応検査の記載様式

判定	略符号	ツベルクリン反応の状態
陰性	—	発赤の長径が9mm以下のもの
弱陽性	+	発赤の長径が10mm以上で硬結を触れず二重発赤のないもの
中等度陽性	++	発赤の長径が10mm以上で硬結を触れ、あるいは計測できるもの
強陽性	+++	発赤の長径が10mm以上で硬結を触れるほか、二重発赤、水疱あるいは壊死等を伴うもの

記載法

厳密な記載法は、発赤、硬結、二重発赤を計測し、次のように記載する方法が従来から行われている。

$$\frac{b_1 \times b_2}{a_1 \times a_2} (c_1 \times c_2) \text{ (副反応があれば記入)}$$

(a: 発赤, b: 硬結, c: 二重発赤, 1: 縦径, 2: 横径)
現行の結核予防法では、発赤長径の大きさおよび硬結、二重発赤、その他の副反応の有無を記載することになっている。