様式第2号

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）を〇で囲むこと。
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、ご注意下さい。

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）

年　　月　　日

大阪府知事・＿＿＿＿＿市長様
（大阪市・堺市・高槻市・東大阪市・豊中市・枚方市・八尾市・寝屋川市・吹田市は各市長に申請のこと。）

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。

申請者の氏名　　（保護者の個人番号）
※申請者が保護者場合のみ記載

申請者の住所

患者との関係　　TEL

（ふりがな） 患者の氏名		個人番号	男 女	明・大　年　月　日生　歳 昭・平・令	住所	TEL

被保険者の別	健保（本人・家族）	国保（一般・退職本人・退職家族）	後期高齢者医療	生保（保護受給中・保護申請中）	その他（　　）

健保、国保、後期高齢等 加入医療保険の記号・番号	・	添付X線写真の枚数	□フィルム　枚 □CR（CD/DVD）	※CT所見により結核診断がなされた場合は、CTフィルムを必ず添付すること。※継続申請の際には、前回申請時のフィルムも必ず添付すること。

診　断　書

病名　1　　2　　3

医療の種類

化学療法
1. 初回治療
2. 初回治療の継続
3. 再治療
4. 再治療の継続

（1）抗結核薬（　　）剤使用
INH　RFP　RBT　PZA　SM　EB
KM　EVM　TH　CS　PAS　LVFX　DLM　BDQ
上記のうち局所療法に用いるもの
（　　）

（2）副腎皮質ホルモン剤
（有・無）
薬品名
（　　）
※重篤な結核性髄膜炎や心膜炎等の場合のみ。基礎疾患に対する使用は公費負担対象外。

医療開始予定年月日　年　月　日
入院開始年月日　年　月　日

外科的療法
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　年　月　日

外科的療法に必要な収容期間
術前　日間
術後　日間
日間

合併症
1. 結核　治療歴など具体的に（　　）
2. 糖尿病　□ 経口薬服用　□ インスリン使用
3. 肝疾患　□ B型肝炎　□ C型肝炎　□ アルコール性肝障害　□ 肝硬変　□ 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（　　）
（該当する数字に〇。□は該当すればチェック。）

既往症歴

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）

特にLTBI治療の場合

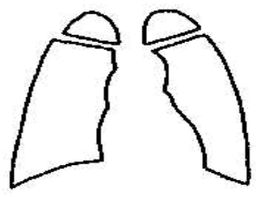
ツ反　年　月　日実施
（　×　）（　×　）mm　（硬結・二重発赤・水疱・壊死）
（　×　）
判定：－・＋・＋＋・＋＋＋

年　月　日実施　陽性　陰性　判定不可

測定値	QFT	T-SPOT
	Nil:　・　IU/ml TB1-Nil:　・　IU/ml TB2-Nil:　・　IU/ml Mitogen-Nil:　・　IU/ml	ESAT-6: CFP10 :

菌陰性の場合の診断の根拠（結核性胸膜炎の場合はADA数値等を記載のこと）

現症
肺結核・肺外結核の(胸部等)エックス線略図及び臨床所見　年　月　日撮影



結核菌検査

検体採取日	検体の種類	塗抹	培養
月　日	喀痰	（直接・集菌）	（固形・液体）
	その他（　）		
月　日	喀痰	（直接・集菌）	（固形・液体）
	その他（　）		
月　日	喀痰	（直接・集菌）	（固形・液体）
	その他（　）		
月　日	喀痰	（直接・集菌）	（固形・液体）
	その他（　）		
月　日	喀痰	（直接・集菌）	（固形・液体）
	その他（　）		

注）初回申請時は、治療開始時の3連続検痰の結果を記入すること。

診断時の核酸増幅同定検査
検査法（PCR法・　法）
年　月　日採取

検査結果
結核菌（M. tuberculosis）
陽性・陰性
その他の抗酸菌
菌名（　　）
陽性・陰性
検査中
検査未実施

培養後の抗酸菌同定検査
検査法(核酸同定・　法)
年　月　日採取

検査結果
結核菌（M. tuberculosis）
陽性・陰性
その他の抗酸菌
菌名（　　）
陽性・陰性
検査中
検査未実施

薬剤感受性検査成績

採取日　年　月　日

薬剤名	濃度（μg/ml）	感受性	
INH		感	耐
RFP		感	耐
RBT		感	耐
PZA	ピラジナミターゼ試験・液体培地	感	耐
SM		感	耐
EB		感	耐
KM		感	耐
EVM		感	耐
TH		感	耐
CS		感	耐
PAS		感	耐
LVFX		感	耐
DLM		感	耐
BDQ		感	耐

今後の医療方針
（初回治療例では2クール(1年)、再治療例では3クール(1年半)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）を聞きたい　4. その他

年　月　日
医療機関の所在地
医療機関の名称　　TEL
医師の氏名

※病型

受理年月日	年　月　日	郵送・持参	37条の2	判定	承認・不承認
				個人番号等確認	本人□　保護者□
受理番号	No.			受給者番号	
登録票番号	No.			通知書番号	No.

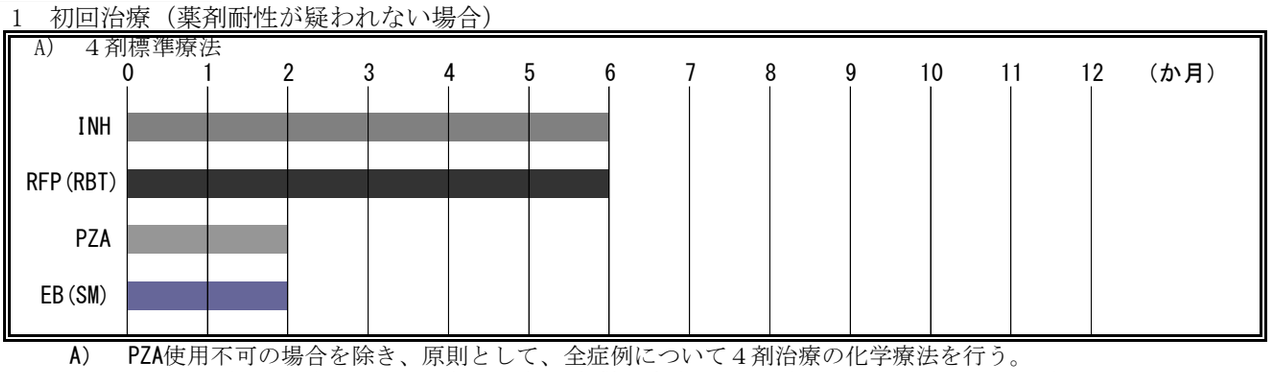
法第３７条の２に基づく公費負担の承認開始日は、保健所が申請を受理した日（郵送の場合は消印日）となりますので、ご注意ください。

結核医療の基準（R3年10月改正）

Ⅰ　肺結核の化学療法

１　初回治療（薬剤耐性が疑われない場合）

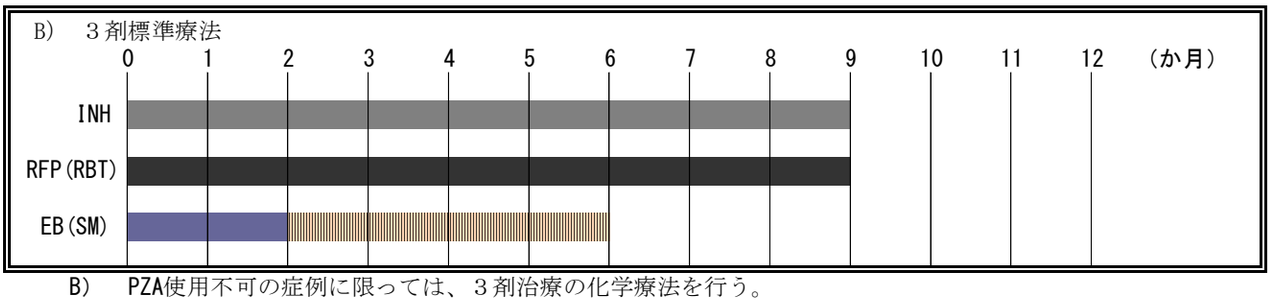
A)　４剤標準療法



A)　PZA使用不可の場合を除き、原則として、全症例について４剤治療の化学療法を行う。

・　INH、RFP(又はRBT)、PZA、EB（又はSM）４剤併用療法を２か月行い、その後INH及びRFP(又はRBT)を４剤併用療法開始時から６か月（１８０日）を経過するまで行う。

B)　３剤標準療法



B)　PZA使用不可の症例に限っては、３剤治療の化学療法を行う。

・　INH、RFP(又はRBT)、EB（又はSM）３剤併用療法を２か月ないし６か月行い、その後INH、RFP(又はRBT)を３剤併用療法開始時から９か月（２７０日）を経過するまで行う。

留意事項

(1)　結核菌培養検査が陰性である等の薬剤感受性検査の結果を得ることができないと判明した場合については、初回治療で薬剤耐性結核患者であることが疑われない場合にあっては上記のA)、B)に掲げるとおりとし、初回治療又は再治療で、患者の従前の化学療法歴、薬剤耐性結核患者との接触歴等から薬剤耐性結核患者である可能性が高いと考えられる場合にあっては薬剤感受性結核患者である可能性及び薬剤耐性結核患者である可能性のいずれも考慮して、使用する抗結核薬を決定する。

(2)　次の場合は、患者の病状及び経過を考慮して3か月間延長できる。

ア　治療開始時に症状が著しく重い場合
イ　治療開始時から2か月を経ても結核菌培養検査の成績が陰転しない場合
ウ　糖尿病、じん肺、HIV感染等の結核の経過に影響を及ぼす疾患を合併する場合
エ　副腎皮質ホルモン剤若しくは免疫抑制剤を長期にわたり使用している場合
オ　再治療の場合

抗結核薬の種類

INH	ｲｿﾆｱｼﾞﾄﾞ
RFP	ﾘﾌｧﾝﾋﾟｼﾝ
RBT	ﾘﾌｧﾌﾞﾁﾝ
PZA	ﾋﾟﾗｼﾞﾅﾐﾄﾞ
SM	硫酸ｽﾄﾚﾌﾟﾄﾏｲｼﾝ
EB	ｴﾀﾝﾌﾞﾄｰﾙ
LVFX	ﾚﾎﾞﾌﾛｷｻｼﾝ
KM	硫酸ｶﾅﾏｲｼﾝ
TH	ｴﾁｵﾅﾐﾄﾞ
EVM	硫酸ｴﾝﾋﾞｵﾏｲｼﾝ
PAS	ﾊﾟﾗｱﾐﾉｻﾘﾁﾙ酸
CS	ｻｲｸﾛｾﾘﾝ
DLM	ﾃﾞﾗﾏﾆﾄﾞ
BDQ	ﾍﾞﾀﾞｷﾘﾝ

２　INH、RFPが使用不可の場合

	RFPが使用できてINHが使用できない場合	INHが使用できてRFPが使用できない場合	INHとRFPの両方が使用できない場合
PZAが使用できる場合	①培養（－）から６か月 ②治療開始から９か月 ※①②の長い方	培養（－）から１８か月	培養（－）から１８か月　※感受性のある薬剤が３剤以上使用可能な場合
PZAが使用できない場合	①培養（－）から９か月 ②治療開始から１２か月 ※①②の長い方		

Ⅱ　肺外結核の化学療法

肺結核の治療に準じて化学療法を行うが、結核性膿胸、粟粒結核若しくは骨関節結核等の場合又は結核性髄膜炎等中枢神経症状がある場合には、治療期間の延長を個別に検討する。

Ⅲ　潜在性結核感染症（LTBI）の化学療法

原則として次の（１）又は（２）に掲げるとおりとする。ただし、INHが使用できない場合又はINHの副作用が予想される場合は、RFP単独療法を４か月間行う。

（１）INHの単独療法を６か月間行い、必要に応じてさらに３か月間行う。

（２）INH及びRFPの２剤併用療法を３か月又は４か月間行う。