

感染症患者(入院勧告による入院)医療費公費負担申請書(法第37条)

大阪府知事・_____市長様 年 月 日

(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条の規定により医療費公費負担を申請します。

※申請者が保護者の場合のみ記載

申請者の氏名 _____ 患者との関係 _____ (保護者の個人番号) _____

申請者の住所 _____ TEL() _____

患者の氏名	個人番号	性別	男・女
-------	------	----	-----

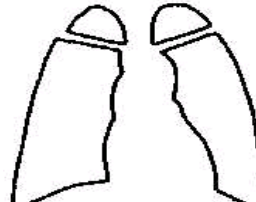
生年月日	年 月 日	住所	TEL
------	-------	----	-----

保険者等の種別 健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 介護保険
 生保(保護受給中・保護申請中) 高齢者医療 その他()

保険の記号番号 _____

診 断 書

病名(1 _____ 2 _____) 入院開始日 年 月 日

喀痰結核菌検査			結核菌同定検査		胸部エックス線	薬剤感受性検査成績			
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)	診断時	検体採取日		菌株日	年 月 日		
月 日					検体種類 1 喀痰、2 吸引痰、3 気管支洗浄液、4 胸水、5 その他 ()	 <p>年 月 日撮影 ※による写真提出時、及び主治医が特に必要と認めるときに記載のこと</p>	薬剤名	濃度	感受性
月 日			検査法()		INH		0.2	感	耐
月 日			結果(+ - 検査中)	RFP	40		感	耐	
月 日			培養後	検体採取日	PZA		—	感	耐
月 日					検体種類 1 喀痰、2 吸引痰、3 気管支洗浄液、4 胸水、5 その他 ()		SM	10	感
月 日			検査法()	EVB	2.5		感	耐	
月 日			結果(+ - 検査中)	KM	20		感	耐	
月 日					EVM		20	感	耐
月 日					検査法()		TH	20	感
月 日			結果(+ - 検査中)	CS	30		感	耐	
月 日					PAS	0.5	感	耐	
月 日					LVFX	1	感	耐	
月 日					RBT		感	耐	
月 日					DLM		感	耐	
月 日					BDQ		感	耐	

主治医意見 1 (□応急入院及び初回入院延長 30 日 又は □入院再延長 30 日について 年 月 日
 使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM EVM TH CS PAS LVFX RBT DLM BDQ () 副腎皮質ホルモン剤 無・有()
 非結核性抗酸菌症判明の場合菌名 () (初回のみ)
 □ () のため入院延長が必要と考えられる。

主治医意見 2 (入院再延長 30 日について) 年 月 日
 使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM EVM TH CS PAS LVFX RBT DLM BDQ () 副腎皮質ホルモン剤 無・有()
 □ () のため入院延長が必要と考えられる。

主治医意見 3 (入院再延長 30 日について) 年 月 日
 使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM EVM TH CS PAS LVFX RBT DLM BDQ () 副腎皮質ホルモン剤 無・有()
 □ () のため入院延長が必要と考えられる。

医療機関所在地 _____
 医療機関名称 _____
 主治医氏名 _____

※初回及び入院再延長により入院延長 3 回目ごとに最新の胸部エックス線画像を提出し、前回提出の写真も添付すること。

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	年 月 日 (郵送・持参)	病型	判定	適・不適		
受理番号	No.			19 条・20 条及び 37 条	個人番号等確認	本人□保護者□
登録票番号	No.			自己負担額	無・20,000 円	