

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)

平成 年 月 日

(\*入院勧告によらない入院患者の結核医療費を含む)

大阪府知事・ 市長様

(大阪市・堺市・高槻市・東大阪市・豊中市・枚方市は各市長に申請のこと。)

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

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。

申請者の住所

患者との関係 TEL

患者の氏名(ふりがな), 個人番号, 性別, 年齢, 住所, 被保険者の別, 添付X線写真の枚数, フィルム/CR(DVD)の有無, CT所見による結核診断の有無

診 断 書

病名, 化学療法(初回治療, 再治療), 外科療法(肺, 肺外), 併往症歴(結核, 糖尿病, 肝疾患, 腎疾患), 現病歴(呼吸器症状の有無), 現症(肺結核・肺外結核の胸部等)

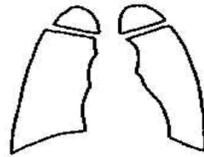


Table with 4 main columns: 結核菌検査, 診断時の核酸増幅同定検査, 培養後の抗酸菌同定検査, 薬剤感受性検査成績. Includes sub-columns for specimen type, results, and drug sensitivity.

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。)

Medical institution information: 平成 年 月 日, 医療機関の所在地, 医療機関の名称, 医師の氏名, 郵送・持参, 37条の2, 承認・不承認, 個人番号等確認, 受給者番号, 通知書番号

Administrative information: 受理年月日, 受理番号, 登録票番号, 判定, 承認・不承認, 個人番号等確認, 受給者番号, 通知書番号