

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(_____) _____

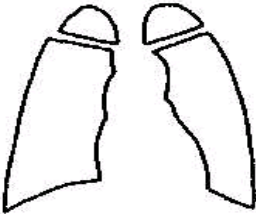
ふりがな 患者の氏名	個人番号 _____	性 別	男・女
---------------	---------------	-----	-----

生年月日	明・大 昭・平 令 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	
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)	
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
		胸部エックス線	
			
		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	
		薬剤感受性検査成績	
		菌株日	年 月 日
		薬剤名	濃度 感受性
		INH	0.2 感 耐
			1 感 耐
		RFP	40 感 耐
		PZA	— 感 耐
		SM	10 感 耐
		EB	2.5 感 耐
		KM	20 感 耐
		TH	20 感 耐
		CS	30 感 耐
		PAS	0.5 感 耐
		LVFX	1 感 耐
		RBT	感 耐
		DLM	感 耐
		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 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 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 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 _____		※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。	
医療機関名称 _____			
主治医氏名 _____			

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	年 月 日 (郵送・持参)	病型	19 条・20 条及 び 37 条	判定	適・不適
受理番号	No.			個人番号等確認	本人□保護者□
登録票番号	No.			受給者番号	