

委任状

私は、感染症患者医療費公費負担申請に係るすべての権限を以下の者に委任します。

年 月 日

氏 名

連絡先電話番号

患者との関係

同意書

私は、個人番号を利用して市町村長が都道府県等に対して、本公費負担申請に必要な
地方税課税情報を提供することに同意します。

年 月 日

氏 名

連絡先電話番号

感染症患者医療費公費負担申請書(別紙)


患者の氏名	性別	男・女	生年月日	T S H R	年 月 日(歳)
住所	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	年 月から	
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)		37条・37条の2
	生保(保護受給中・保護申請中)		その他()		

診 断 書

診断名	肺結核 結核性胸膜炎 結核性膿胸 肺門リンパ節結核 気管支結核 粟粒結核 結核性髄膜炎 脊椎結核 他の骨・関節結核() 他() 他() 他() 他() 他() 他の肺外結核() 潜在性結核感染症
合併症名	なし じん肺 糖尿病 低肺機能 肝障害 高血圧症 アルコール依存症 腎透析 非結核性抗酸菌症 ステロイド内服中(疾患名:) その他()

治療内容等	1. 初回治療	化学療法	抗結核薬 () 剤使用	INH RFP SM EB PZA DLM KM	医療開始予定日
	2. 初回治療の継続			TH EVM PAS CS RBT LVFX	年 月 日
3. 再治療	4. 再治療の継続	副腎皮質ホルモン剤	薬剤名()	上記のうち局所療法に用いるもの ()	入院日
	5. 潜在性結核感染症の治療				年 月 日

外科的療法	1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核 4. 泌尿器結核 5. 他()	装 具	
	手術 予定・実施 年 月 日(内容: 収容 日間 [術前 日、術後 日])		

結核菌の塗抹・培養検査			核酸増幅法	診断時または培養後の抗酸菌同定検査()法	薬剤感受性検査成績				
採取日	検体の種類	塗抹	培養	() 法	年 月 日実施	(μ g/ml)	月 日	月 日	
月 日	喀痰・他()				検 体	INH(0.2)	感・耐	感・耐	
月 日	喀痰・他()					INH(1)	感・耐	感・耐	
月 日	喀痰・他()				検 査 結 果	結核菌 陽性・陰性	RFP(40)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・他()					非結核性抗酸菌	PZA(酸素法)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・他()					() 陽性・陰性	SM(10)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・他()					検査中	EB(2.5)	感・耐	感・耐
月 日	喀痰・他()				検査未実施	KM(20)	感・耐	感・耐	
胸部X線写真	添付枚数 枚	学会分類	C T所見の概要		臨床経過	TH(20)	感・耐	感・耐	
		r l b I II III IV V 1 2 3 H p l O p	(C T検査実施時のみ記載)		[肺外結核の場合はそのX線写真略図、結核性胸膜炎の場合は胸水等の菌所見とADA・リンパ球数等、ナイアシンテスト結果、他の抗菌剤の併用等、その他]		感・耐	感・耐	
	年 月 日撮影						感・耐	感・耐	

今回のツ反	実施日 年 月 日	判定日 年 月 日	mm (硬結・二重発赤・水疱・壊死)	B C G歴	有(年 日) 無 不明
-------	-----------	-----------	--------------------	--------	-----------------

IGRA検査(QFT・T-spot)	実施日 年 月 日	判定結果	陰性・判定保留・陽性
--------------------	-----------	------	------------

結核に関する既往の医療(再治療のみ記入)	年 月～ 年 月	INH・RFP・SM・EB・PZA・PAS・その他()
	年 月～ 年 月	INH・RFP・SM・EB・PZA・PAS・その他()

今後の治療方針	1. 標準治療(A法・B法)で治療終了予定 ※A法(6ヶ月治療)・B法(9ヶ月治療)については、裏面参照します 2. 次の理由により継続が必要() 3. 感染症診査協議会の意見が聞きたい() 4. その他、標準治療以外の治療など()
---------	--

現在の指示区分	1. 要休業 2. 要軽業 3. その他()
---------	-------------------------

〇〇 年 月 日	医療機関の所在地
	医療機関の名称
	医師の氏名 印

以下の欄は記入しないでください

感染症診査協議会の意見	医療	適・否 病型()	法第20条に関する事項	本入院	適・否	入院の延長	適・否
-------------	----	-----------	-------------	-----	-----	-------	-----

(裏面もご記入ください)

公費負担申請書 (裏面)

診査の参考にしますので、下記の左欄の項目に該当する場合は、○をつけ、その理由や状況がわかるように右欄にその内容を記載してください

1 初回治療でPZAが使えない。 2 INH、RFPの一方または両方が使えない。 3 糖尿病、塵肺、HIV感染等の結核の経過に影響を与える疾患を合併する場合。または副腎皮質ホルモン剤若しくは免疫抑制剤を長期使用している場合 4 肝機能異常がある場合、その病状。 5 抗結核薬の規則正しい服用が行えない、不安がある場合、その状況。 6 前医がある場合、その医療機関名および治療内容 7 ニューキノロン剤併用の有無とその理由 8 初診から診断までに1か月以上を要した。	
---	--

申請に関する注意事項

- ・診断書は、医師が必ず記入してください。記入が不十分な場合は、受理できないことがあります。
 - ・「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」(以下法とする)第37条の2による一般患者に対する医療費公費負担の承認開始は、診断書に記載された医療開始予定日からとなります。
- ただし、医療開始予定日を過ぎて保健所が受理した申請は、保健所の受理日が公費負担承認開始日となりますので、速やかに申請書を提出するようご注意ください。

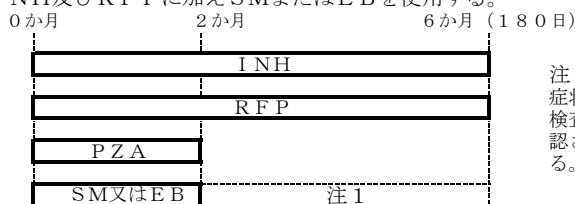
診断書作成時の注意事項

1. 選択による記入箇所については、該当するもの(頭数字があるときは、その数字のみとします)を○で囲んでください。
2. 菌検査を重視し、結果は必ず記入してください。
 - ・初回申請の場合は、3日間連続検痰を必ず実施し、その患者の最大検出菌数(「新結核菌検査指針」による検出菌数記載法または最大ガフキー号数)を求めてください。また、培養検査および遺伝子検査(PCR等)も行ってください。
 - ・培養陽性であれば、薬剤感受性検査を実施してください。
 - ・継続申請の場合は、治療中1か月に1度、喀痰検査(塗抹および培養)を実施してください。
3. 初回申請の場合は、必ず、初診時のX線写真を添付してください。CT等の詳細のわかる写真を添付していただければ参考になります。また、継続申請の場合には、全体の経過が把握できるように直近のX線写真とともに初診時や前回申請時のX線写真等も添付してください
4. 「結核菌検査」欄は、過去6ヶ月に行った検査結果を記入してください。
5. 胸膜炎、腹膜炎等では、ADA検査も実施し、診断の一助としてください。

結核の治療について

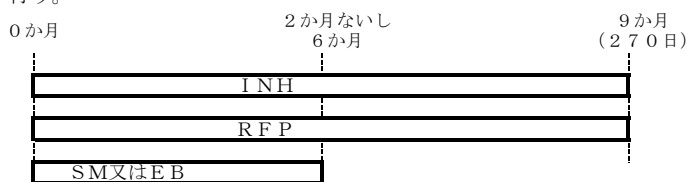
結核患者に係る法第37条に規定する医療の方針については、感染症指定医療機関医療担当規定(平成11年3月19日 厚生省告示第42号)に定める通り、「結核医療の基準」(平成30年4月18日健感発0418第1号)に従う。基本的に、肺結核の化学療法について、初回治療で薬剤耐性が疑われない場合にはPZAを含む4剤で治療を開始する。

- (A) PZAが使用できる場合： INH、RFP及びPZAにSM又はEBを加えた4剤併用療法を2月間行い、その後INH及びRFPの2剤併用療法を4剤併用療法開始から6月(180日)を経過するまでの間行う。ただし4剤併用療法を2月行った後、薬剤感受性検査の結果が不明であって症状の改善が確認ができない場合には、薬剤感受性検査の結果が判明するまでの間又は症状の改善が確認されるまでの間、INH及びRFPに加えSMまたはEBを使用する。



注1) 薬剤感受性検査の結果が不明であって症状の改善が確認ができない場合には、薬剤感受性検査の結果が判明するまでの間又は症状の改善が確認されるまで、SMまたはEBを加えることができる。

- (B) PZAが使用できない場合： INH及びRFPの2剤にSM又はEBを加えた3剤併用療法を2月ないし6月間行い、その後INH及びRFPの2剤併用療法を3剤併用療法開始時から9月(270日)を経過するまでの間行う。



- ・治療効果の判定には、菌検査(塗抹および培養)を重視し、効果が不十分な場合は、最新の薬剤感受性検査を参考に治療を見直すこととし、漫然と同じ治療を続けることで耐性菌が出現することがないように注意してください。
- ・潜在性結核感染症の治療にあたっては必ず初発患者の薬剤感受性検査結果を確認し、INH耐性の場合は投薬内容を慎重に検討してください
- ・治療の成功には、確実な服薬が不可欠です。直接対面服薬支援(DOTS)の積極的な導入をご検討ください。

(裏面もご記入ください)