

感染症患者医療費公費負担申請用診断書

(37条・37条の2)

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日				
住 所									
病 名									
病 名	1	2	3						
現 在 の 状 況									
治 療 状 況	☐ 外来治療 ☐ 入院治療 入院年月日 年 月 日 入院理由 (結核・結核以外)								
合 併 症	☐ 糖尿病 ☐ 肝疾患() ☐ 腎疾患() ☐ 悪性腫瘍() ☐ 免疫系疾患() ☐ その他()								
結 核 既 往 歴	年 ~ 年 治療薬剤 () 医療機関 ()								
今 回 の 治 療 内 容									
治 療 区 別	☐ 初回治療 ☐ 継続治療 ☐ 再治療 ☐ 再治療の継続 治療開始予定日(年 月 日)								
化 学 療 法	()内は1日使用量を記入してください。 患者の体重()Kg INH () RFP()又はRBT() PZA () SM () EB () LVFX () KM () TH () PAS () 併用抗菌剤の使用 有・無 CS () DLM () BDQ () 薬剤名()								
外 科 的 療 法	☐ 肺結核 ☐ 肺外() 手術年月日 年 月 日 収容期間 ~								
術 式 及 び 治 療 内 容	(骨・関節結核の装具療法を含む)								
検 査 結 果									
菌 所 見	検体採取日(月/日)	/	/	/	/	/	検体種別	実施日	年 月 日
	検体種別						1.喀痰	薬 剤 (μg/ml)	薬剤感受性検査
	塗 抹						2.気管支洗浄液	INH (0.2)	感 ・ 耐
	培 養						3.気管支擦過	RFP (40)	感 ・ 耐
	迅速 ()						4.尿	EB (2.5)	感 ・ 耐
	同定 DDH他						5.膿	SM (10)	感 ・ 耐
	ADA 等						6.胸水	KM (20)	感 ・ 耐
							7.組織	TH (20)	感 ・ 耐
							8.胃液	PAS (0.5)	感 ・ 耐
							9.その他()	CS (30)	感 ・ 耐
X線検査及び臨床経過等								PZA ()	感 ・ 耐
								LVFX (1.0)	感 ・ 耐
								DLM ()	感 ・ 耐
								()	感 ・ 耐
ツベルクリン反応・IGRA検査等	ツベルクリン反応検査	検査日	年 月 日	発赤長径	mm	副反応 (二重発赤・硬結・水泡・壊死)			
	IGRA検査	検査日	年 月 日	(QFT検査・T-SPOT検査)					
		☐ 陽性 ☐ 判定保留 ☐ 陰性 ☐ 判定不能	ESAT-6()・CFP-10()・TB7.7()						
今 後 の 治 療 方 針									
治療方針その他意見をご記入ください。						☐ 今回で治療を終了する。 ☐ 継続が必要 ☐ 診査協議会の意見を聞きたい。 治療終了予定日 (年 月 日) ☐ その他()			
年 月 日		医 療 機 関 所 在 地							
		医 療 機 関 名 称							
		医 師 の 氏 名				Ⓔ			