

香川県知事殿

(患者又はその保護者)

感染症法 {第37条, 第37条の2} の規定により医療費公費負担を申請します。

申請者の氏名

申請者の住所

患者との関係

電話

フリガナ 患者の氏名, 性別, 男・女, 生年月日, 大・昭平・令, 年 月 日, 年 令, 歳

住所

被保険者等の別, 被用者保険 (本人・家族) 国保 (一般・退職本人・退職家族) 後期 生保 (受給中・申請中) その他 ()

添付写真の枚数 (3ヶ月以内の写真、継続、再治療の場合は前回提出したものを併せて添付) X線 枚 CT 枚

診断書

病名 1 2 3

医療の種類 化学療法, 外科的療法, 骨関節結核の装具療法, 入院, 受療状況, 初回治療, 再治療, 継続, 肺結核, 結核性膿胸, 骨関節結核, 泌尿器結核, その他, 手術予定 (実施) 年月日

現症 胸部X線写真略図, 年 月 日撮影, 所見 (菌陰性の場合は診断の根拠、肺外結核の場合はそのX線写真略図及び所見), ※発見時の呼吸器症状等の有無, 1 有 2 無 月 (上旬 中旬 下旬)

結核菌検査, 抗酸菌同定検査 検査法 (), 実施日, 塗抹 (直接・集菌), 培養 (固形・液体), 検体種類, 年 月 日実施, 結核菌, 陽性・陰性, 検査結果, その他の抗酸菌 菌名 (), 陽性・陰性, 検査中, 検査未実施, 薬品 [µg/ml], 年 月 日, 年 月 日, 感受性試験, 胸水所見, ADA値 IU/ℓ, リンパ球 /µℓ, その他 %, 検査名: 年 月 日, 陽性 陰性 判定保留, 1 有 2 無, 3 不明

注) 初回時は3回連続、継続時は過去6ヶ月の検査結果を記入してください。 ※結核に関する既往の医療 年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PAS PZA その他 ()

現病歴及び今後の方針

令和 年 月 日 医療機関の所在地, 医療機関の名称, 医師の氏名 (電話: - -)

記入上の注意

- 1 該当する文字については、その文字 (頭数字があるときは、その数字のみ) を○で囲んでください。 2 ※印欄は、初回申請のみ記入してください。