

(法第37条の2第1項の規定による)
結核医療費の公費負担申請における医師の診断書

令和 年 月 日

入院 外来

患者の氏名	性別 男 女	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	住所
-------	-----------	------	------------	-------	----

保険者等の別	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 生保(保護受給中・保護申請中) 後期高齢者 その他()
--------	---------------------------------------------------------

添付X線写真の枚数	枚	添付CTの枚数	枚
-----------	---	---------	---

診 断 書

病名	1. 肺結核	2. 結核性胸膜炎	3. 潜在性結核感染症	4. その他()
----	--------	-----------	-------------	-----------

医療の種 類	化学療法	1 初回治療	1 抗結核薬	1 薬品名(該当薬品名を○で囲む) INH RFP SM EB PZA PAS CS LVFX KM TH EVM RBT	医療開始予定年月日 令和 年 月 日
		2 再治療	()剤使用	2 1のうち局所治療() に用いるもの	入院年月日 令和 年 月 日
		3 継続	2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名()	

外科的 療法	1 肺結核	1 肺虚脱療法()	2 空洞直達療法()	3 肺切除術()
	2 結核性膿胸		4 泌尿器結核	
	3 骨関節結核		5 その他()	

現 症	 令和 年 月 日撮影	学会分類 r 1 b I. II. III. IV. V. 無 1. 2. 3 H. PL. OP	活動性分類 1. 2. 3 指導区分 A. B. C	血沈(1時間値)	結核菌検査					
				塗抹	月	月	月	月	月	月
				培養	月	月	月	月	月	月
				PCR等	月 + ・ -	検体種類	喀痰・他()			

※結核に関する既往の医療(再治療の場合のみ)	1 有 年 月 日～ 年 月 日 INH RFP SM EB PZA その他() 3 無
2 有 年 月 日～ 年 月 日 INH RFP SM EB PZA その他()	4 不明
不詳 年 月 日～ 年 月 日 INH RFP SM EB PZA その他()	

XP・CT等の所見	耐性検査	
	薬品[mcg/ml]	年 月
	INH []	感受性 耐性
	RFP []	感受性 耐性
	SM []	感受性 耐性
	EB []	感受性 耐性
PZA []	感受性 耐性	
() []	感受性 耐性	

症状及び今後の医療方針	感染症診査協議会意見	
	治療終了時期 年 月 日予定	入院期間 月 日予定
	治療期間 月 日予定	

備考	1. ツ反(最新のもの) 年 月 (×) (水泡、壊死、出血)
	BCG接種歴 有・無 (最終 年 月頃) ・不明
2. その他	

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 ㊟

記入上の注意

- 該当する文字については、その文字(頭数字があるときは、その数字のみとします。)を○で囲んでください。
- 「血沈」及び「結核菌検査」欄は、過去6月間に行った検査結果を記入してください。
- 「備考」欄は、①入院勧告に関する意見、②15才以下の患者については既往のツベルクルン検査の成績及びBCG接種歴の有無、③その他参考となるべき事項を記入してください。
- 胸部XPは最新のもの(3月以内)とそれ以前のを添付してください。また、CT等がある場合も添付してください。