　　　　　　　　　　　　記入上の注意：該当する文字を○で囲むこと。□は該当すればチェックすること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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)  (宛先)　八尾市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  ・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。  ・申請に必要な範囲で、担当課が住民基本台帳情報及び市民税情報等を確認することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 申請者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者との関係 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(12桁) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の住所　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号(　　　　)　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな  患者の氏名 | |  | | | | | | 性別 | 男女 | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 患者の個人番号  (申請者が患者本人の場合、記載不要) | | (12桁) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 電話番号(　　　　)　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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)　後期高齢者　生保(保護受給中・保護申請中)　その他　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | | ・ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診断書 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名　(1　　　　　　　　　　　　　2　　　　　　　　　　　　　)　入院開始日　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 結核菌喀痰検査 | | | | | 結核菌同定検査 | | | | 胸部エックス線 | | | | | 薬剤感受性検査成績 | | | |
| 実施日 | 塗沫  (直接・集菌) | | 培養  (固形・液体) | | 診断時 | 検体採取日 | | |  | | | | | 採取日 | 年　　月　　日 | | |
| 年　月　日 | | | 薬剤名 | 濃度 | 感受性 | |
| 検体種類 | | | INH |  | 感 | 耐 |
| 月　　日  月　　日  月　　日  月　　日  月　　日  月　　日  月　　日  月　　日  月　　日  月　　日 |  | |  | | (喀痰・他(　　　)) | | |  | 感 | 耐 |
| 検査法(　　　　　) | | | RFP |  | 感 | 耐 |
| 結果(陽性・陰性・  検査中・未実施) | | | RBT |  | 感 | 耐 |
| PZA |  | 感 | 耐 |
| SM |  | 感 | 耐 |
| 培養後 | 検体採取日 | | | EB |  | 感 | 耐 |
| 年　月　日 | | | 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 | | | | | KM |  | 感 | 耐 |
| 検体種類 | | | TH |  | 感 | 耐 |
| (喀痰・他(　　　)) | | | EVM |  | 感 | 耐 |
| 検査法(　　　　　) | | | PAS |  | 感 | 耐 |
| 結果(陽性・陰性・  検査中・未実施) | | | CS |  | 感 | 耐 |
| DLM |  | 感 | 耐 |
| LVFX |  | 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　RBT　PZA　SM　EB　KM　TH　EVM　PAS　CS　DLM　LVFX(　　　)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　RBT　PZA　SM　EB　KM　TH　EVM　PAS　CS　DLM　LVFX(　　　)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2　(入院再延長30日について)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　使用薬剤　INH　RFP　RBT　PZA　SM　EB　KM　TH　EVM　PAS　CS　DLM　LVFX(　　　)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  医療機関名称  主治医氏名 | | | | | | | | | | | | | 治療予定期間　　　　　　　カ月間 | | | | |
| ※　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X線写真を提出し、前回提出の写真も添付すること。 | | | | |
| (以下は八尾市保健所使用欄) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保健所収受印  (郵送・持参) | | | | 感染症診査協議会日 | | | 病型 | | 19条・20条及び37条 | | 判定 | | | 適　・　不適 | | | |
|  | | | |  | | |  | | 自己負担額 | | | 無・20,000円 | | | |
| 受給者番号 | | |  | | | |
| 有効期間 | | | ．　．　～　　．　． | | | |

(登録票番号　No.　　　　　　　　　　　　　　　)