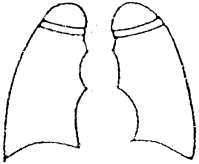


第4章1号様式		結核医療費公費負担申請書										年 月 日		
青森県知事 殿														
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 {第37条 第37条の2} の規定により医療費公費負担を申請します。										申請者の氏名				
										申請者の個人番号				
										申請者の住所				
										患者との関係			電話 () -	
フリガナ 患者氏名				性別	男・女	生年月日	明・大 昭・平 令 年 月 日 (歳)			住所				
				個人番号									電話 () -	
被保険者等の別		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(受給中・申請中) その他 ()												
診 断 書														
診断類型 及び 診断名		1 確定症 2 疑似症 3 無症状病原体保有 (数字を選び、病名を選んでください)												
		肺結核 結核性胸膜炎 気管支結核 結核性膿胸 肺門リンパ節結核 その他のリンパ節結核 ()												
		粟粒結核 脊椎結核 他の骨・関節結核 () 他の肺外結核 ()												
		潜在性結核感染症												
合併症名		なし HIV 糖尿病 塵肺 肝障害 腎障害 人工透析 胃切除 抗がん剤使用 (疾病名:) ステロイド使用 (疾患名:) 生物学的製剤使用 (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 副腎皮質ホルモン剤		INH RFP RBT PZA SM					医療開始予定年月日			
	2. 初回治療の継続					EB LFX KM TH PAS CS					年 月 日			
	3. 再治療					DLM BDQ その他 ()					入 院 年 月 日			
	4. 再治療の継続					薬剤名 ()					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])											
胸部 X 線 写 真	添 付 枚 数 枚		[CT所見の概要] 枚			[参考となる症状や臨床経過]					[菌陰性の場合の診断根拠]			
														
		年 月 日												
結核菌の塗抹・培養検査						結核菌群核酸増幅同定検査					薬剤感受性検査成績			
						(法)								
採取日	検体の種類		塗抹	培養	年 月 日実施					検体採取日	年 月 日			
月 日	喀痰・その他 ()				検体	喀痰				INH(0.2)	感 ・ 耐			
月 日	喀痰・その他 ()					喀痰以外 ()				INH(1)	感 ・ 耐			
月 日	喀痰・その他 ()									RFP(40)	感 ・ 耐			
月 日	喀痰・その他 ()				検査結果	結核菌 陽性 ・ 陰性				PZA(酵素法)	感 ・ 耐			
月 日	喀痰・その他 ()									SM(10)	感 ・ 耐			
月 日	喀痰・その他 ()									EB(2.5)	感 ・ 耐			
月 日	喀痰・その他 ()									KM(20)	感 ・ 耐			
月 日	喀痰・その他 ()										感 ・ 耐			
月 日	喀痰・その他 ()										感 ・ 耐			
今回のツ反		年 月 日実施 (mm× mm) (硬結・二重発赤・水疱・壊死)												
IGRA検査	年 月 日実施					【判定】 陽性 陰性 判定保留 判定不可					(初回のみ) BCG歴: 有 (年 月) 無 ・ 不明			
	QFT検査: TBAG-Nil () IU/mL T-SPOT: パネルA抗原 (ESAT-6-Nil) () spot パネルB抗原 (CFP-10-Nil) () spot													
結核に関する既往の医療 ※初回のみ記入			年 月 ~ 年 月 INH, RFP, PZA, SM, EB, PAS その他 () 菌陰性化 (年 月頃)											
今後の 治療方針	1. 標準治療 (ア・イ) (いずれかに○印) で治療の予定										備 考 欄			
	2. 次の理由により継続が必要 ()													
	3. 感染症の診査に関する協議会の意見が聞きたい ()													
	4. 潜在性結核感染症の治療を予定													
	5. その他、標準治療以外の治療など ()													
年 月 日														
医療機関所在地										電話 () -				
医療機関名称										医師氏名 ㊞				

申請に関する注意事項

- ・診断書は必ず医師が記入してください。
- ・法第37条による、入院患者の医療費公費負担の承認期間は30日以内です。延長が必要な場合には再申請してください。
- ・法第37条の2による、結核患者の医療費公費負担の承認開始日は、診断書に記載された医療開始予定日からとなります。承認期間は6ヶ月を超えない期間です。延長が必要な場合には再申請してください。
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。郵送による場合は、消印日を受理日とします。
- ・非結核性抗酸菌症であることが判明した場合は、直ちに公費負担申請を取り下げてください。
- ・結核医療費公費負担が承認されてから、非結核性抗酸菌症と判明した場合は、判明した時から健康保険による診療をして下さい。ただし、判明するまでの期間の医療費については、公費負担の対象となります。

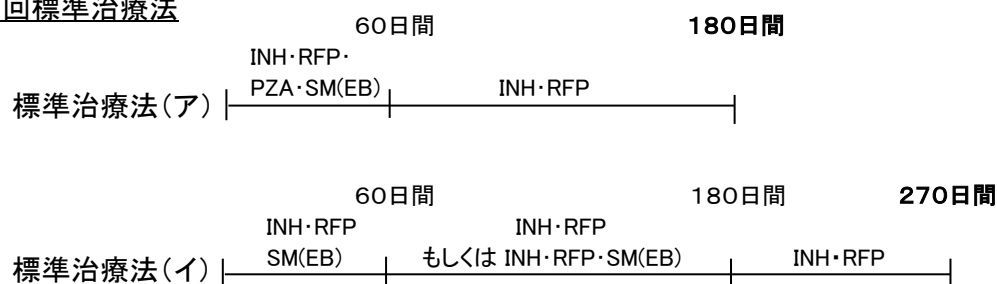
診断書作成時の注意事項

1. 選択による記入箇所については、該当するもの(頭数字がある時はその数字のみとする)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による)または最大ガフキー号数を記入してください。また、培養検査、PCR・MTDなどの遺伝子検査なども行ってください。
 - ・潜在性結核感染症の場合は、ツ反応またはリンパ球の菌特異抗原刺激による放出インターフェロンガンマ試験を実施するとともに臨床症状の確認やエックス線検査等によって活動性結核ではないことを確認してください。
 - ・結核菌培養陽性であれば、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、申請前3か月以内のX線写真(CD-R等の電子媒体でも可)を添付してください。CT等の写真も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、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か月に行った検査結果を記入してください。
5. 胸膜炎、腹膜炎などではADA検査も実施し、診断の一助としてください。

結核治療・化学予防について

結核治療においては、1. 速やかな殺菌、2. 耐性菌の出現阻止、3. 持続生存結核菌の増殖防止を目指した薬剤の選択が重要です。年齢、合併症に応じた対応も必要です。

○ 初回標準治療法



標準治療法(ア)：2ヶ月間はINH、RFP、PZA、SM(またはEB)の4剤併用、その後、INH、RFPの2剤併用4ヶ月間、合計 180日間。

標準治療法(イ)：2ヶ月間はINH、RFP、SM(またはEB)の3剤併用、2ヶ月以降6ヶ月まではINH・RFPの2剤もしくはINH、RFP、SM(またはEB)の3剤併用、6ヶ月以降9ヶ月までは、INH、RFPの2剤併用、合計 270日間。

PZA投与不可の場合を除き、原則として、全症例について、標準治療法(ア)を用いる。

症状が著しく重い場合、治療開始から2か月を経ても結核菌培養検査の成績が陰転しない場合、糖尿病、じん肺等結核の経過に影響を及ぼす疾患を合併する場合又は副腎皮質ホルモン剤若しくは免疫抑制剤を長期にわたり使用している場合には、患者の病状および経過を考慮して各々3月延長できる。

INH、RFPの一方又は双方が使えない場合は、専門家に相談することも含め、慎重に対応してください。

また、上記は、基本的な内容のみを記載しております。詳細は、令和3年改正「新しい結核医療の基準」をご参照ください。

治療効果の判定には菌検査(塗抹及び培養)を重視し、効果不十分の場合は、直近の薬剤感受性検査を参考に治療を見直し、新たな耐性菌の出現を防止してください。

潜在性結核感染症では、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。