

(参考)

結核病学会病型分類

① 病巣の症状

0	無	病変がまったく認められないもの
第Ⅰ型	広汎空洞型	空洞面積の合計の拡り1(後記)をこし、肺病変の拡りの合計が一側肺に達するもの
第Ⅱ型	非広汎空洞型	空洞を伴う病変があつて、上記第Ⅰ型に該当しないもの
第Ⅲ型	不安定非空洞型	空洞は認められないが、不安定な肺病変があるもの
第Ⅳ型	安定非空洞型	安定していると考えられる肺病変のみがあるもの
第Ⅴ型	治癒型	治癒所見のみのもの

以上のほかに次の3種の病変があるときは特殊型として、次の符号を用いて記載する。

H	肺門リンパ節腫脹
P1	滲出性胸膜炎
Op	手術のあと

② 病巣の拡がり

1	第2肋骨前端上縁を通る水平線以上の肺野の面積をこえない範囲
2	1と3の間
3	一側肺野面積をこえるもの

③ 病側

r	右側のみに病変のあるもの
L	左側のみに病変のあるもの
B	両側に病変のあるもの

④ 判定に際しての約束

ア 判定に際し、いずれかに入るか迷う場合には、次の原則によって割り切る。

IかIIはII、IIかIIIはIII、IIIかIVはIII、IVかVはIV

イ 病側、拡りの判定は、I~IV型に分類しうる病変について行ない、治癒所見は除外して判定する。

ウ 特殊型については、拡りはなしとする。

⑤ 記載の仕方

ア (病側) (病型) (拡り) の順に記載する。

イ 特殊型は (病側) (病型) を付記する。特殊型のみのときは、その (病側) (病型) のみを記載すればよい。

ウ V型のみときは病側、拡りは記載しないでよい。

様式第79号(日本工業規格A3横型)(法第37条の2関係)

感染症患者医療費公費負担申請書

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(平成10年法律第114号)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
(自署又は記名押印)

申請者個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請者の住所
患者との関係

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年	月	日													
患者の氏名																				
住 所																				
職 業																				
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													
	生保(保護受給中・保護申請中)			その他()																
患者の個人番号																				

添付資料

個人番号の記載がない場合には住民票の写し

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 () 歳
住 所				職業	

診 断 書

I 病 名					
1	2	3			
II 経 過					
(1) 発症の時期	年 月 日	(2) 初診の時期	年 月 日		
(3) 診断の時期	年 月 日	(4) 今回申請の医療開始時期	年 月 日		
III 現在の受診状況					
(1)	1 入院中	入院年月日	年 月 日	2 外来治療中	
(2)	入院理由 (結核・結核外[])				
(3)	合併症				
(4)	1 じん肺 2 糖尿病 3 低肺機能 4 肝障害 5 高血圧症 6 その他 ()				
(4)	非結核性抗酸菌症 1 有 2 無				
IV 治療方針					
1 化学療法のみ実施する。					
2 一般化学療法を実施した上で、その後の方針を決める。					
3 外科的療法を実施する。(化学療法では効果が期待できない)。					
4 化学療法、外科的療法とも効果が期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施する。					
5 その他 ()					
V 化学療法終了の時期					
1 この申請を最後として化学療法を終了する。					
2 治療をなお継続する必要がある。					
3 次のように考えるが、結核診査協議会の意見を聞きたい。(終了・継続)					
化学療法の開始日 (年 月) (中断又は再治療の場合は再開日)					
VI ツベルクリン反応等					
(1)	ツベルクリン反応 (最新のもの) (mm) (硬結・二重発赤・水泡・懐死)				
(2)	ツベルクリン反応陽転時期 年 月				
(3)	BCG接種歴 1 有 (年 月頃) 2 無 3 不明				
(4)	IGRA検査 検査法 QFT・T-SPOT 検査結果 () 検査日 年 月 日				
VII 結核に関する既往医療					
(1)	今回の治療 1 ①初回治療 ・ ②継続治療 2 再治療 3 不明				
(2)	再治療の場合、既往医療				
	年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他 () :医療機関名 ()				
	年 月～ 年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他 () :医療機関名 ()				

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とする。) を○で囲むこと。
2 ※印欄は記入しないこと。
3 備考欄は、参考となるべき事項等を記入すること。なお、生保患者について入院を要する場合は、その理由を記入すること。
4 生保患者の場合には、この診断書の写しを生活保護法による診療要否意見書又は結核入院要否意見書として福祉事務所が使用するので、診断書及びその写し各1通を保健所に提出すること。

VIII 今回申請の治療内容

(1) 化学療法 抗結核薬 () 剤使用
1 INH 2 RFP 3 RBT 4 PZA 5 SM 6 EB 7 LVFX 8 KM 9 TH 10 EVM 11 PAS 12 CS 13 D L M

(2) 副腎皮質ホルモン剤の使用の有無 1 有 (薬品名) 2 無

(3) 外科的療法 1 肺結核 2 結核性膿 (のう) 胸 3 泌尿器結核 4 骨関節結核 5 () 方法等 ()
手術予定時期 (年 月 日) 外科手術の為の入院 日間 (術後 日から術後 日まで)

IX 検査

(1) 菌所見

結核菌 検 査	検査日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	塗抹	号	号	号	号	号	号
	培養	液・固 () 週	液・固 () 週	液・固 () 週	液・固 () 週	液・固 () 週	液・固 () 週
	検体の種類						
核酸増幅法							

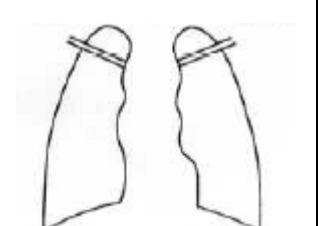
(2) 菌陰性化時期 年 月 日

(3) 薬剤耐性試験成績 (直近の実施日 年 月 日)

薬剤の種類	検査実施状況	試験結果
INH	実施・未実施・検査中	μg/ml (耐性・感受性)
RFP	実施・未実施・検査中	μg/ml (耐性・感受性)
PZA	実施・未実施・検査中	μg/ml (耐性・感受性)
SM	実施・未実施・検査中	μg/ml (耐性・感受性)
EB	実施・未実施・検査中	μg/ml (耐性・感受性)
LVFX	実施・未実施・検査中	μg/ml (耐性・感受性)

X 最新のX線所見

(1) レントゲン写真略図及びその他の所見 (肺外結核の場合は、そのX線略図及びその他の所見)



(2) 撮影時期 年 月 日

(3) 学会分類

部位	① r	② l	③ b	⑨該当なし	
性状	① I	② II	③ III	④ P0	⑤ H
	⑥ 0p	⑦ IV	⑧ V	⑨ 0	
拡がり	① 1	② 2	③ 3	⑨該当なし	

病状及び経過

今後の治療方針

備考

平成 年 月 日
医療機関所在地
医療機関名 称
医 師 の 氏 名 印

※ 感染症診査協議会の意見

