

結核診査に係る意見書

氏名	
校 区	

病 名	1 肺結核 2 結核性胸膜炎 3 潜在性結核 4 _____ 5 _____								
合併症	1 じん肺（珪肺） 2 糖尿病 3 人工透析 4 HIV 5 その他（ _____ ）								
症 状	咳等呼吸器症状 有 ・ 無 呼吸器症状の出現時期（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）								
※結核に関する既往の医療	_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月 INH RFP SM EB PZA その他（ _____ ） _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月 INH RFP SM EB PZA その他（ _____ ）								
医療の種類	化学療法	1 初回治療	INH RFP PZA SM EB	医療開始(継続)予定日	(外来・入院) _____ 年 _____ 月 _____ 日				
		2 再治療	LVFX KM TH EVM PAS	PZA未使用の理由 (初回申請の場合のみ)					
		3 継続	CS DLM	PZA使用終了日 (継続申請の場合のみ)	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	副腎皮質ホルモン剤の使用の有無	無・有 (薬品名 _____)		化学療法終了予定時期	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
外科的療法	1 肺結核 2 肺外結核 (_____)	収 容		日間 (術前 _____ 日、術後 _____ 日)					
	術式及び治療方法 (骨・関節結核の装具療法を含む)			手術予定(実施) 年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
血清CRP	_____ mg/dl (_____ 年 _____ 月 _____ 日)	血糖値	_____ mg/dl (_____ 年 _____ 月 _____ 日)	HbA1c	_____ % (_____ 年 _____ 月 _____ 日)				
ADA	1 胸水 2 髄液 3 その他 (_____)	IU/l (_____ 年 _____ 月 _____ 日)		薬剤感受性検査					
リンパ球	1 胸水 2 髄液 3 その他 (_____)	% (_____ 年 _____ 月 _____ 日)		採取日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
結核菌検査所見	採取日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	薬品名	濃度 ($\mu\text{g/ml}$)	感受性	
	塗抹検査	-・ (_____)	-・ (_____)	-・ (_____)	-・ (_____)	INH	0.2 1	感	不完 完
	同定検査(塗抹) <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> その他	-・+	-・+	-・+	-・+	RFP	40	感	不完 完
	培養検査	-・+・検査中	-・+・検査中	-・+・検査中	-・+・検査中	PZA	-	感	不完 完
						SM	10	感	不完 完
	使用培地	固形・液体	固形・液体	固形・液体	固形・液体	LVFX	1	感	不完 完
	同定検査(培養) <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> その他	-・+	-・+	-・+	-・+	KM	20	感	不完 完
	検体の種類 記号を○で囲む	A・B・C D・E・F	A・B・C D・E・F	A・B・C D・E・F	A・B・C D・E・F	EVM	20	感	不完 完
						TH	20	感	不完 完
	検体の記号	A: 喀痰 B: 吸引痰 C: 胃液 D: 気管支洗浄液 E: 穿刺液 F: その他 (_____)	A・B・C D・E・F	A・B・C D・E・F	A・B・C D・E・F	PAS	0.5	感	不完 完
CS						30	感	不完 完	
DLM	-	感	不完 完						
IGRA検査	1 QFT検査 2 T-SPOT検査	陽性・判定保留・陰性・判定不可 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)			BCG接種	有(最終 _____ 才)・無			
ツベルクリン反応	_____ 年 _____ 月 _____ 日実施	$\frac{(\times)}{(\times)}$ (_____) 硬結・二重発赤・水泡・壊死			判定	-・+・++・+++			
現 症		学会分類	病状経過 1 著名軽快 2 軽快(a中等度 b軽度) 3 不変 4 悪化			その他の所見 (肺外結核の場合はそのX線写真略図及び結核と診断した所見)			
		年 _____ 月 _____ 日撮影	r 1 b I II III 1 2 3 H Pl Op 0						
治療期間が標準の治療期間を超える場合はその理由、及びその他の意見を記入口									
主治医として次のように考える。 1 今回で治療を終了する 2 治療の継続が必要 3 その他 (_____)									
副作用に関する意見・処置									
結核菌未検出の場合の診断根拠									
特記事項									
_____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関の所在地						※※感染症診査協議会の意見			
_____ 医療機関の名称									
_____ 医師の氏名						(印)			

- 1 記入上の注意
 (1) 該当する文字または頭数字を○で囲むこと
 (2) ※欄は初回申請の場合にのみ記入すること。※欄は記入しないこと。
 (3) 「被保険者等の別」の欄は必ず記入すること。
 (4) 「主治医の意見」欄は、命令入所に関する意見、その他の意見を記入すること。

※※ 受理年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	※※ 決定区分	合格	承認 不承認
指導区分			不合格	

- 2 添付X線写真等
 初回及び経過が判る直接写真及び申請前3か月以内に撮影した直接写真(CT写真があるときは、CT写真も)

結核医療費公費負担申請書

年 月 日

姫路市保健所長 様

感染症法〔37条、37条の2〕の規定により医療費負担を申請します。

申請者の氏名 続柄()

申請者の住所

電話番号 () -

フリガナ 患者の氏名	生年月日 年齢・性別	年 月 日	男 才	女	住所	電話 () -
患者の職業	転入 (有・無) 転入前保健所		保健所		転入 年 月	
個人番号						
病気発見の動機	定期検診(学校・住民・職場) 定期外健診(接触者・家族) 医療機関受診 その他			呼吸器症状(有・無)		
被保険者 等の別	健保 ⁽¹⁾ 本人・ ⁽²⁾ 家族・共済 ⁽³⁾ 本人・ ⁽⁴⁾ 家族・船保 ⁽⁵⁾ 本人・ ⁽⁶⁾ 家族・日雇 ⁽⁷⁾ 本人・ ⁽⁸⁾ 家族・国保 ⁽⁹⁾ 一般・ ⁽¹⁰⁾ 退職本人・ ⁽¹¹⁾ 退職家族 医師国保 ⁽¹²⁾ 本人・ ⁽¹³⁾ 家族・歯科医師国保 ⁽¹⁴⁾ 本人・ ⁽¹⁵⁾ 家族・兵庫県建設国保 ⁽¹⁶⁾ 本人・ ⁽¹⁷⁾ 家族・全国土木国保 ⁽¹⁸⁾ 本人・ ⁽¹⁹⁾ 家 生保 ⁽²⁰⁾ 受給中・ ⁽²¹⁾ 申請中・児福 ⁽²²⁾ 受給中・ ⁽²³⁾ 申請中・ ⁽²⁴⁾ 後期高齢者・ ⁽²⁶⁾ 母子保健・ ⁽²⁷⁾ 身障医療・ ⁽²⁸⁾ 労災・ ⁽²⁹⁾ 原爆・ ⁽³⁰⁾ 精神 その他()					
添付エックス線写真	CD・フィルム	胸部X線写真	枚	CT	枚	
国保のみ	結核医療費付加金支給申請書兼委任状 姫路市国民健康保険条例第12条の2に規定する結核医療付加金を申請します。 なお、結核医療費付加金の請求及び受領については、医療機関に委任します。					

公費負担申請に関する注意事項

- 申請者名は本人又は保護者(未成年の場合)です。
なお、患者様が成年被後見人の場合、後見人の氏名、住所を併記してください。
この申請書の記名欄は、可能な限り、患者様ご本人が記入してください。
- 法第37条の2に係る医療費の公費負担の開始日は、当該申請書を保健所が受理した日からです。
やむを得ない場合は、FAXにより受付ます。
郵送による公費負担申請は、消印日を受理日(公費開始日)とします。
- 公費負担申請による診査には、申請前3か月以内に撮影されたエックス線写真の添付が必要です。
- 非結核性抗酸菌症など結核以外の病気であることが判明した場合は、判明した時点で公費負担の適用がなくなります。
- 申請しても必ず公費負担が適用されるとは限りませんので、予めご了承願います。
保健所に設置された感染症診査協議会への諮問・答申の上、患者票が交付されます。

主治医への注意事項

新規患者発生の場合、
医師は直ちに結核発生届
を提出しなければなりません。
その際に公費負担
申請書をFAX等で同時に
送付して頂くと、その時点で
申請受理といたします。
また、裏面の診査に係る
意見書をご記入の上、ご
提出ください。

意見書作成時の注意事項

- 選択による記入箇所については、該当するものを○で囲んでください
- 治療開始時には結核菌検査を行い、結果は必ず記入してください。
(ア) 初回申請の場合は、3日連続喀痰検査を必ず実施し、その患者の最大検出菌数、または最大ガフキ一号数を求めてください。また、培養検査、PCR・MTDなどの同定検査も行ってください。
(イ) 培養陽性であれば、同定検査実施の上、薬剤感受性検査を実施してください。
(ウ) 継続申請の場合は、服薬中は1か月に一度程度、喀痰塗抹検査及び培養検査を実施してください。
- 初回申請の場合は必ず初診時のX線写真を添付してください。CT等も添付して頂くと参考になります。また、継続申請の場合は、経過が判るよう、直近のX線写真と共に初診時や前回申請時のX線写真も添付してください。
- 「血液検査」及び「結核菌検査」欄は、過去6か月にを行った検査結果を記入してください。
- 胸膜炎、腹膜炎などではADA検査も実施し、リンパ球増加の有無と共に診断の一助としてください。
- 診査の参考とします。下記事項に該当する場合はその理由が解るように特記事項欄に記載してください。
(ア) 標準治療から外れている場合。
(イ) 糖尿病、肝機能障害、腎機能障害等の合併症及び副作用がある場合、その症状。
(ウ) 抗結核薬の規則正しい服用が行えないおそれがある場合、その状況。
(エ) ニューキノロン剤併用の有無とその理由。
(オ) 初診から診断までに1か月以上を要した。

結核医療の基準(平成28年1月改正)

結核治療においては①速やかな殺菌、②耐性菌の出現防止を目指した薬剤の選択が重要です。年齢・合併症に応じた対策も必要ですが、特に塗抹陽性例には入院期間、治療期間の短縮を目指しPZAを含む標準治療法(A)が推奨されます。

初回標準療法 0か月 2か月 6か月 9か月 12か月



- (A) 初期の2か月間は、INH・RFP・PZA・EB(SM)の4剤併用療法。その後、原則INH・RFPの2剤併用療法で4か月、合計6か月間。
 - (B) INH・RFP・EB(SM)の3剤併用療法を2～6か月。その後はINH・RFPの2剤併用療法にて合計9か月間。
- 原則として上記(A)を行う。ただし、PZAが使用できない場合は上記(B)とする。
 - RFPが使用できない場合の治療期間は、おおむね2年とする。
 - INHが使用できない(RFPは使用可)場合の治療期間は、おおむね12か月とする。
 - INH及びRFPのいずれも使用できない場合の治療期間は、おおむね2年とする。
 - 下記の場合は、症状及び経過を考慮して、治療期間を3か月間延長できる。
(ア) 症状が著しく重い場合。
(イ) 治療開始から2か月を経ても培養検査結果が陰性化しない場合。
(ウ) 結核の治療に影響を及ぼす疾患(糖尿病・塵肺等)を合併する場合。
(エ) 副腎皮質ホルモンもしくは免疫抑制剤を長期に渡り使用している場合。
(オ) 再治療の場合。
- 潜在性結核感染症の治療は原則、INHの単独療法を6か月(もしくは9か月)とする。ただし、INHが使用できない場合は、RFPの単独療法を4～6か月とする。

治療効果の判定には培養検査結果を重視し、効果不十分の場合には、最新の薬剤感受性検査を参考に見直すこととし、漫然と同じ治療を続けることで、耐性菌が出現することがないように注意してください。
治療の成功には確実な服薬が不可欠です。服薬支援の積極的な取り組み(DOTS等)をお願いします。