

受診者が医療機関に持参する資料です。

令和 ●年(202●年)●月●●日

結核精密検査実施医療機関 御中

姫路市教育委員会

印

●●学校学校長

印

教職員結核精密検査依頼書

下記の者は、姫路市医師会に委託実施した教職員定期健康診断胸部直接撮影の結果、結核精密検査受診の必要があると判定されましたので、次の要領で検査をお願いします。

記

学 校 園 名	氏 名
●●学校	●● ●●

1 検査内容

医師による診察、胸部正面エックス線直接撮影、喀痰検査（1回法、塗抹検査と遺伝子検査（結核菌PCR法））及びT-SPT検査

2 検査費用

- 上記1の検査内容は、保険適用で実施をお願いします。
- 本人負担3割相当額を姫路市から医療機関に直接支払います。
- (2)の本人負担3割相当額の基準額は、アナログの場合を5,865円、デジタルの場合を6,024円とし、上記1の検査の診療報酬点数に基づく実費を支払います。

※上記1以外の検査又は治療が必要と判断された場合は、本人負担の保険診療となります。

3 受診者本人持参物

- 健康保険証
- 教職員結核精密検査依頼書
- 教職員結核精密検査券（C票）
- 教職員結核精密検査結果報告書

4 精密検査終了後

- 受診者本人に、(4)教職員結核精密検査結果報告書を交付してください。
- 教職員結核精密検査 事業実施報告書 兼 請求書（姫路市ホームページからダウンロードして作成してください）、及び(3)教職員結核精密検査券（C票）をご提出ください。
- 教職員結核精密検査 事業実施報告書 兼 請求書 提出の際は、レセプト等、検査項目のわかるものを添付してください。