

様式第3号

(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2) 患 者 票 <span style="float: right;">島根県知事 印</span>															
公費負担者番号						病名	1			2			3		
公費負担医療の受給者番号															
交付保健所名称及び所在地						医 療 の 種 類	A 化学療法	1 抗結核薬 ( )剤使用			1 薬品名 INH RFP RBT SM EB LVFX KM TH EVM PZA PAS CS DLM BDQ				
交付年月日		年 月 日									2 1のうち局所療法に用いるもの ( )				
患者	氏名						2 副腎皮質ホルモン剤			薬品名( )					
	性別・生年月日	男・女	年 月 日												
	住所														
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) 生保 (保護受給中・保護申請中)					B 外科			1 肺虚脱療法 2 空洞直達療法 3 肺切除術					
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格		有 ・ 無					2 結核性膿胸								
診療報酬		健保の例 高齢医療の例 ( 年 月から) 協 定					3 骨関節結核								
結核指定医療機関 (病院・診療所)		名称					4 泌尿器結核								
		所在地					5 その他( )								
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで				C 骨関節結核の装具療法									
						D A～Cに必要なX線検査及び菌検査、B又はCに必要な処置、その他の治療									
						E B又はCに必要な収容			日間(術前 日間～術後 日間)						