

結核患者（入院勧告者）の手続き

医師、病院	保健所	患者等
<p>0 結核菌等検査</p> <p>1 結核患者発生届出 → (法第12条第1項) 【直ちに最寄りの保健所へ届出】 【届出を受けた保健所は、直ちに厚生労働大臣に報告…NESID入力】</p> <p>4 結核患者入院届 ◆様式 (法第53条の11) 【最寄りの保健所へ7日以内に届出】 【居住地の保健所に通知】</p>	<p>2 届出の受理 患者状況の確認・調査 【居住地の保健所に通報】</p> <p style="text-align: center;">— 以下居住地の保健所 —</p> <p>3 結核登録票の整備 (法第53条の12第1項)</p> <hr/> <p>5 保健所長による入院勧告、就業制限の決定 (法第18条第1項、法第19条第1項、法第26条) (基準:H19.9.7健感発第0907001号※H26.1.29一部改正)</p> <p>6 書面による入院勧告 ◆様式 (法第23条) 就業制限の通知 ◆様式 (法第18条)</p> <p>7 協議会へ報告 ※「10 診査協議会諮問」と同時でも可 (法第18条第6項、法第19条第7項)</p> <p style="background-color: yellow;">※法第20条第1項による勧告をしようとする場合</p> <p>8 意見を述べる機会の付与 ◇様式 (法第20条第6項)</p> <p>9 意見の聴取・記録 ◆様式 (法第20条第8項)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">自己負担額の認定に係る必要書類の説明(提出後、自己負担額の認定) (H7.6.16厚生省発健医第189号、H19.3.29健発第0329010号、H19.3.29健感発第0329004号)</p> <hr/> <p>10 診査協議会諮問 (法第20条第5項、法第24条第3項)</p> <p>11 診査協議会答申 (法第24条第3項)</p> <p>12 入院勧告決定 (法第20条第1項、法第26条、法第26条の2) 【勧告期間:30日を超えない…直近の診査会まで】</p> <p>13 患者に書面による入院勧告 ◆様式 (法第23条) ※以上72時間を超えてはならない</p> <hr/> <p>14 医療費(公費負担)決定通知書の送付 (H11.3.19健医発第455号※H21.1.23健発第0123007号改正)</p> <hr/> <p>15 (菌検査結果報告依頼)</p> <p style="background-color: yellow;">※入院期間の延長が必要があると認めるとき</p> <p>16 診査協議会諮問 (法第20条第5項、法第24条第3項)</p> <p>17 診査協議会答申 (法第24条第3項)</p> <p>18 入院期間の延長 ◆様式 (法第20条第4項、法第26条、法第26条の2) 【勧告期間:30日を超えない…直近の診査会まで】</p> <p>19 患者に書面による入院勧告 ◆様式 (法第23条)</p>	<p>0 医療機関受診 ↓ 入院</p> <p style="text-align: center;">← 37条医療費公費負担申請 ◆様式</p> <p style="text-align: center;">← 意見 (法第20条第6項)</p>
<p>結核菌検査状況連絡 ○様式 →</p>		

「12 入院勧告決定」までに行う必要がある。
「10」「11」と同時進行でも可。

法第20条第1項による勧告に係る協議会への意見聴取の手続については、簡素化(協議会の委員長による了承等)できる。
(H19.3.29 健感発第0329003号)

医師、病院	保健所	患者等
<p>結核菌検査状況連絡 →</p> <p>結核患者退院届 ◆様式 (法第53条の11) 【最寄りの保健所へ7日以内に届出】 【居住地の保健所に通知】</p>	<p>※退院に関する基準に該当するまで16～19の繰り返し 【延長期間:30日を超えない】</p> <p>健康診断勧告 ◆様式 (法第17条) 健康診断結果通知 ○様式</p> <p>20 入院勧告解除 ◇様式 (法第22条、法第26条) (基準:H19.9.7健感発第0907001号※H26.1.29一部改正)</p> <p>21 公費負担終期通知書 ◇様式 (H11.3.19健医発第455号※H21.1.23健発第0123007号改正)</p> <p>(21) 就業制限解除 ◇様式 (基準:H19.9.7健感発第0907001号※H26.1.29一部改正)</p> <p>22 診査協議会諮問 (法第37条の2第3項、法第24条第3項)</p> <p>23 診査協議会答申 (法第24条第3項)</p> <p>24 保健所長決定</p> <p>25 患者票の送付 (H11.3.19健医発第455号※H21.1.23健発第0123007号改正)</p>	<p>(接触者健診)</p> <p>← 37条の2医療費公費負担申請 ◆様式</p> <p>退院もしくは37条の2による入院継続</p>

※様式の説明は別紙

結核患者(入院勧告者)の手続きに要する様式について

H29.9.27 健康危機管理課

様式名	説明等
◆ 結核患者入退院届	(変更なし)
◆ 感染症患者医療費公費負担申請書	(変更なし)
◆ 入院勧告書	健康危機管理マニュアルの様式と同様 法第19条第1項(及び26条)・・・様式59と同様 法第20条第1項(及び26条)・・・様式62と同様
◆ 入院期間延長勧告書	健康危機管理マニュアルの様式65をもとに、一部修正
◇ 入院勧告解除・公費負担終期通知書(患者用)	健康危機管理マニュアルの様式をもとに作成 (入院勧告の解除時期・公費負担終期を明確に通知するため)
◇ 公費負担終期通知書(医療機関用)	健康危機管理マニュアルの様式を参考に作成 (公費負担終期を明確に通知するため)
◆ 就業制限書	「達」追加:「行政文書の手引」に基づく。
◇ 就業制限解除通知書	健康危機管理マニュアルの様式58と同様。 (就業制限の解除時期を明確に通知するため)
◇ 意見を述べる機会の付与の通知書	健康危機管理マニュアルの様式を参考に作成。
◆ 入院勧告に対する意見に関する聴取書	健康危機管理マニュアルの様式を参考に作成。
◆ 健康診断勧告書	健康危機管理マニュアルの様式52と同様。
○ 健康診断結果通知書	健康危機管理マニュアルの様式54と同様。
○ 結核菌検査状況連絡票	医療機関が作成されたものでも可。

- ◆: 書面での通知等が必要なもの(感染症法で「書面による通知」が必要とされているもの)
◇: 感染症法や関連通知では「通知しなければならない」となっているもの
○: 必要に応じて通知等を行うもの

結核患者(入院 ・ 退院)届

患者住所	氏名	性別	年齢	職業	保護者の氏名	病名	病状		入院・退院年月日	備考
							菌の状況	胸部学会分類		
							S		入院	
							K		退院	
							S		入院	
							K		退院	
							S		入院	
							K		退院	
							S		入院	
							K		退院	
							S		入院	
							K		退院	

平成 年 月 日

(注)

1 病院の管理者は、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53条の11の規定に基づき、7日以内に、最寄りの保健所長に届け出て下さい。

2 該当する箇所を で囲み、備考欄には、軽快、治癒、自己退院等の別を記入して下さい。

医療機関の所在地 _____

医療機関の名称 _____ 印

(様式7)

受付日	平成 年 月 日	受付番号	37
			37の2

平成 年 月 日

感染症患者医療費公費負担申請書

熊本県 _____ 保健所長 様
 熊本市保健所長 様

次のとおり申請します。

【申請区別】

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条に規定する同法第19条若しくは第20条又は第46条の規定による入院患者の医療費公費負担申請

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の規定による医療費公費負担申請

【本申請にかかる医療開始日】 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名 _____ 患者との関係 _____
〒
 申請者住所 _____
 個人番号 _____
 電 話 () - _____

フリガナ		性別		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
患者氏名		男・女				(歳)
住 所					電 話	() - _____
個人番号						
保険種類	1 健保本人 2 健保家族 3 国保一般 4 国保退職本人 5 国保退職家族 6 後期高齢者医療 7 生保(受給中) 8 生保(申請中) 9 自費・その他() 10 不明					

申請先は該当する に印及び県保健所の場合は下線部分に保健所名を、申請区別には該当する申請の に印を記してください。

【患者又はその保護者が署名】

熊本県・熊本市が個人番号を利用して、住所地の関係機関から本申請に必要な地方税関係情報の提供を受けることに同意します。

署名 _____

(様式7の2)

受付日	平成 年 月 日	受付番号	37	
			37の2	

結核申請用診断書

フリガナ		性別	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
患者氏名		男・女			(歳)

住所		電話	() -
----	--	----	-------

病名	1	2	3
----	---	---	---

経過

(1) 発病の時期 (2) 初診の時期

(3) 診断の時期

現在の受診状況

(1) 入院・外来の別 1 入院中 2 外来治療中

入院年月日	年 月 日	入院理由	結核 ・ 結核以外()
-------	-------	------	--------------

(2) 合併症 1 じん肺 2 糖尿病 3 低肺機能 4 肝障害 5 腎障害 6 HIV 7 その他()

【今回の治療内容】

(1) 治療の区別 1 初回治療 2 継続治療 3 標準治療を超える場合 期間 (____か月延長)
4 再治療 5 不明 理由 []

(2) 抗結核薬(____)剤使用

1 INH 2 RFP 3 PZA 4 SM 5 EB 6 KM 7 EVM 8 TH 9 CS 10 PAS 11 LVFX

1から11までのうち局所療法に用いるもの()

(3) 化学療法の時期 化学療法の開始日 ____年 ____月 ____か月間予定
中断又は再治療の場合は再開日

(4) 副腎皮質ホルモン剤の使用の有無 1 有 (薬品名:) 2 無

(5) 外科的療法 1 肺結核 2 結核性膿胸 3 泌尿器結核 4 骨関節結核 5 その他()

方法等 [] 手術予定実施時期 (____年 ____月 ____日)
外科手術の為の入院 ____日間 (術前 ____日から術後 ____日まで)

次頁へつづく

【検査】 検体種別

- (1) 菌所見 1 痰 2 喉頭粘液等 3 胃液 4 気管支洗浄液 5 穿刺液 (2) 菌陰性化時期 _____年__月__日
6 膿・浸出液 7 尿 8 組織・その他

検体採取年月日	検体種別	塗抹	培養	血沈 (1時間値)	同定検査			
					塗抹(痰等から直接検出した場合)		培養(分離したコロニーから検出した場合)	
年 月 日		号	個	mm	検体採取日	年 月 日	検体採取日	年 月 日
年 月 日		号	個	mm	検査実施日	年 月 日	検査実施日	年 月 日
年 月 日		号	個	mm	検査法	PCR その他()	検査法	PCR その他()
年 月 日		号	個	mm	結 果	結核菌	結 果	結核菌
年 月 日		号	個	mm		非結核性抗酸菌		非結核性抗酸菌
年 月 日		号	個	mm		(菌名:)		(菌名:)

(3) 薬剤感受性検査

薬品(μg/mg)	治療開始時 実施年月	最新 実施年月	薬品(μg/mg)	治療開始時 実施年月	最新 実施年月
RFP ()	感・不完・完	感・不完・完	()	感・不完・完	感・不完・完
EB ()	感・不完・完	感・不完・完	()	感・不完・完	感・不完・完
PZA ()	感・不完・完	感・不完・完	()	感・不完・完	感・不完・完

【ツベルクリン反応・インターフェロン 測定検査等】

- (1) ツベルクリン反応(最新のもの) 検査実施日_____年__月__日($\frac{x}{x}$) (x)mm (硬結・二重発赤・水疱・壊死)
 (2) ツベルクリン反応(以前のもの) 検査実施日_____年__月__日($\frac{x}{x}$) (x)mm (硬結・二重発赤・水疱・壊死)
 (3) インターフェロン 測定(QFT、T-SPOT等)検査 検査実施日_____年__月__日
 QFT 1 陽性 2 判定保留 3 陰性 A値() M値()
 T-SPOT 1 陽性 2 判定保留 3 陰性 スポット数()

【結核に関する既往医療】

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()

【最新のX線所見及び医師の意見等】

X線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)



撮影時期

_____年__月__日

平成 _____年__月__日

医療機関所在地

医療機関の名称

電話 ()

医師名

印

保健所記入欄

37条	勧告・措置	判定	適・不適	期間	自	年	月	日	か月		
					至	年	月	日			
37条の2		判定	承認・不承認	期間	自	年	月	日			
					至	年	月	日			
感染症診査協議会の意見					学会分類	部位	r	l	b	該当なし	
						性状				pl	H
							Op			O	
						拡がり	1	2	3	該当なし	

第 号
年 月 日

様

熊本県 保健所長

入院勧告書

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19条第1項（及び第26条）の規定により、次のとおり入院を勧告します。

1 入院すべき者

住 所

氏 名

2 入院すべき理由

3 入院すべき期限

年 月 日 時までとします。

4 入院すべき期間

入院期間は、入院時から72時間とします。

ただし、当該感染症の病原体を保有していないことが確認されるか、又は当該感染症の症状が消失すれば退院できます。

5 入院すべき医療機関

住 所

名 称

6 その他

- 注意
- あなたが、この勧告に従わないときは、同法第19条第2項の規定により、入院の措置をすることがあります。
 - 同法第22条第3項の規定により、入院している患者又はその保護者は、県知事に対し、当該患者の退院を求めることができます。

問い合わせ先
熊本県 保健所
課 担当
TEL

第 号
年 月 日

様

熊本県 保健所長

入院勧告書

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20条第1項（及び第26条、第26条の2）の規定により、次のとおり入院を勧告します。

1 入院すべき者

住 所

氏 名

2 入院すべき理由

3 入院すべき期間

入院期間は、 年 月 日から 年 月 日までとします。
ただし、当該感染症の病原体を保有していないことが確認されるか、又は当該感染症の症状が消失すれば退院できます。

4 入院すべき医療機関

住 所

名 称

5 その他

- 注意 1 あなたが、この勧告に従わないときは、同法第20条第2項の規定により、入院の措置をすることがあります。
2 同法第22条第3項の規定により、入院している患者又はその保護者は、県知事に対し、当該患者の退院を求めることができます。

問い合わせ先
熊本県 保健所
課 担当
T E L

第 号
年 月 日

様

熊本県 保健所長

入院期間延長勧告書

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20条第4項（及び第26条、第26条の2）の規定により、次のとおり入院期間の延長を勧告します。

1 入院期間の延長の勧告対象者

住 所

氏 名

2 入院期間を延長する理由

3 入院延長後の入院期間

入院期間は、 年 月 日から 年 月 日までとします。
ただし、当該感染症の病原体を保有していないことが確認されるか、又は当該感染症の症状が消失すれば退院できます。

4 入院すべき医療機関

住 所

名 称

5 その他

- 注意 1 あなたが、この勧告に従わないときは、同法第20条第2項の規定により、入院の措置をすることがあります。
- 2 同法第22条第3項の規定により、入院している患者又はその保護者は、県知事に対し、当該患者の退院を求めることができます。

問い合わせ先
熊本県 保健所
課 担当
T E L

第 号
年 月 日

様

熊本県 保健所長

入院勧告解除・公費負担終期通知書

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20条第 項の規定により、
年 月 日付け 第 号で行った入院勧告を解除します。

なお、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条の規定に基づく医療費の公費負担については、年 月 日以降は承認しませんので通知します。

1 入院勧告解除対象者

住 所

氏 名

2 入院勧告解除の年月日

年 月 日

3 入院勧告解除の理由

結核の病原体を保有していないこと、もしくは結核の症状が消失したことが確認されたため。

4 その他

問い合わせ先
熊本県 保健所
課 担当
T E L

第 号
年 月 日

(医療機関の長) 様

熊本県 保健所長

公費負担終期通知書

下記患者の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条の規定に基づく医療費の公費負担が終了しましたので通知します。

1 患者

住所

氏名

生年月日

2 医療機関名

3 公費負担期間

年 月 日から 年 月 日まで

4 公費負担受給者番号

5 承認しない理由

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22条(及び第26条)に基づき、病原体を保有していないこと若しくは症状が消失したことを確認したため。

問い合わせ先
熊本県 保健所
課 担当
TEL

就業制限書

熊本県 保健所達第 号

住 所
氏 名

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12条の規定による医師の届出があり、感染症のまん延を防止するために必要があると認めたので、同法第18条の規定により、次のとおり対象となる業務に一定の期間従事することを制限します。

平成 年 月 日

熊本県 保健所長

1 対象となる患者
住 所
氏 名

2 感染症の名称及び当該者の症状

3 診断方法

4 初診年月日及び診断年月日

(1) 初診日 年 月 日 (2) 診断日 年 月 日

5 就業制限の対象となる業務

6 就業制限の期間

7 その他

- 注意
- この通知による就業制限に違反した場合は、同法第77条第4項の規定により、50万円以下の罰金に処せられます。
 - 同法第18条第3項の規定により、就業制限の対象でなくなったことの確認を求めることができます。

教 示

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、熊本県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日(上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する判決があったことを知った日)の翌日から起算して1年を経過した場合は、正当な理由があるときを除き、審査請求をすることができなくなります。
- 処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日(上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する判決があったことを知った日)の翌日から起算して6か月以内に、熊本県を被告として(熊本県知事が被告の代表者となります。)提起することができます。
ただし、この処分があったことを知った日(上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する判決があったことを知った日)の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日(上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する判決の日)の翌日から起算して1年を経過した場合は、正当な理由があるときを除き、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第 号
年 月 日

様

熊本県 保健所長

就業制限解除通知書

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18条第1項の規定により、
年 月 日付け 第 号で行った就業制限を解除します。

1 就業制限解除対象者

住 所

氏 名

2 就業制限解除の年月日

年 月 日

3 就業制限解除の理由

4 その他

問い合わせ先
熊本県 保健所
課 担当 .
TEL

第 号
年 月 日

様

熊本県 保健所長

意見を述べる機会の付与の通知書

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（以下「感染症法」という。）第20条第1項（及び第26条の2）の規定による指定医療機関への入院の勧告を予定しています。

つきましては、予定している入院勧告について、意見がある場合は申し出てください。

なお、感染症法第24条の2の規定により入院に係る処遇については、苦情の申し出をすることができます。

1 勧告の内容及び根拠法令

感染症法第26条の2において準用する第20条第1項の規定に基づく、結核指定医療機関（ 病院 ）への入院勧告

2 勧告の原因となる事実

医療機関での検査の結果、2週間以内に結核菌喀痰塗抹検査の所見が得られた肺結核患者
その他の呼吸器結核で、結核をまん延させる恐れがあるため

3 意見を述べる日時

年 月 日 時

4 意見を述べる場所

5 その他

問い合わせ先
熊本県 保健所
課 担当
T E L

年 月 日

入院勧告に対する意見に関する聴取書

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（以下「感染症法」という。）第20条第6項の規定に基づく意見を述べる機会の付与に係る意見に関して、下記のとおりでした。

記

1 件名

感染症法第20条第6項の規定に基づく意見を述べる機会の付与に係る意見

2 意見聴取の日時及び場所

日 時 年 月 日 時
場 所

3 意見を述べた者の住所及び氏名

住 所

氏 名 （患者との関係： ）

4 意見を聴取した職員

所 属

職 名

氏 名

5 当該患者またはその保護者の意見の要旨

例：入院の延長については異議なし

6 その他

第 号
年 月 日

様

熊本県 保健所長

健康診断勧告書

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17条第1項の規定により、次のとおり健康診断を受診する（受診させる）ことを勧告します。

1 健康診断を受けるべき者

住 所

氏 名

2 健康診断を勧告する理由

3 健康診断を受ける（受けさせる）べき期限

年 月 日までに健康診断を受ける（受けさせる）こと。

4 その他

注意 あなたが、この勧告に従わないときは、同法第17条第2項の規定により、当該職員により健康診断の措置を行うことがあります。

問い合わせ先
熊本県 保健所
課 担当
T E L

第 号
年 月 日

様

熊本県 保健所長

健 康 診 断 結 果 通 知 書

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 17 条の規定により、
年 月 日に実施した健康診断の結果を次のとおりお知らせします。

1 健康診断の対象者

住 所

氏 名

2 健康診断実施結果

3 その他

問い合わせ先
熊本県 保健所
課 担当
T E L

結核菌検査状況連絡票

結核患者名 _____

明治
大正
昭和
平成

生年月日

年 月 日

報告日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日
検体採取日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日
結果確定日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日
検 体	・喀痰 ・その他()	・喀痰 ・その他()	・喀痰 ・その他()	・喀痰 ・その他()	・喀痰 ・その他()	・喀痰 ・その他()
塗抹検査	塗抹 号	号	号	号	号	号
	同定法	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()
	同定結果	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他
培養検査	培養 個	個	個	個	個	個
	同定法	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()
	同定結果	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他
耐性検査	薬品(mcg/ml)	年 月	年 月	備 考		
	INH(1)	感 不完 完	感 不完 完			
	RFP(50)	感 不完 完	感 不完 完			
	SM(20)	感 不完 完	感 不完 完			
	EB(5)	感 不完 完	感 不完 完			
	() ()	感 不完 完	感 不完 完			
	() ()	感 不完 完	感 不完 完			
	() ()	感 不完 完	感 不完 完			
() ()	感 不完 完	感 不完 完				

医療機関名 _____

医 師 名 _____

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19条及び第20条に基づく結核患者の入院勧告につきましては、「医療機関での検査の結果、2週間以内に結核菌喀痰塗抹検査の所見が得られた肺結核患者その他の呼吸器結核で、結核をまん延させる恐れがある者」としておりますので、当該対象者につきましては2週に一度の菌検査を実施いただきますようお願いいたします。