

# 診 断 書

患者氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	歳
------	--	----	-----	------	-----------	---	---	---	---

患者住所	(〒 )	電話	
------	------	----	--

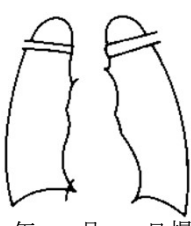
	添付エックス線写真の枚数	枚	カルテNo.	
--	--------------	---	--------	--

病名	1. 肺結核 2. 肺外結核(部位 ) 3. 潜在性結核感染症 4. ( )
----	--

合併症	<input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他( )
-----	---

治療内容	1. 初回治療	化学療法 抗結核薬	INH RFP PZA EB SM LVFX KM	経過	発病	年	月	日		
	2. 継続治療		TH EVM RBT PAS CS DLM BDQ		初診	年	月	日		
	3. 再治療	副腎皮質ホルモン剤(薬剤名: )			診断	年	月	日		
	外科的療法	1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核 4. 泌尿器結核 5. その他( )			医療開始	年	月	日		
手術予定(実施)日		年	月	日	収容	日間(術前)	日間(術後)	日間	装具療法	内容:

期間療	1. 治療を継続したい。(□終了予定 年 月 日、□未定) 3. 感染症診査協議会の意見を聞きたい。 2. この申請を最後として化学療法を終了する。(□終了予定 年 月 日、□未定)
-----	--

胸部エックス線写真	 年 月 日撮影	学会分類	病側 r l b 該当なし 病型 I II III H P l Op IV V O 拡がり 1 2 3 該当なし	その他の所見(肺外結核は、CT所見及びエックス線写真の略図・所見)
	治療歴	平・令 年 月 ~ 年 月 INH・RFP・PZA・EB・SM・他( ) 平・令 年 月 ~ 年 月 INH・RFP・PZA・EB・SM・他( )		

結核菌検査	採取年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	塗抹	- ± + 2+ 3+ (号)	- ± + 2+ 3+ (号)	- ± + 2+ 3+ (号)	- ± + 2+ 3+ (号)	- ± + 2+ 3+ (号)	- ± + 2+ 3+ (号)
	培養	- + 検査中	- + 検査中	- + 検査中	- + 検査中	- + 検査中	- + 検査中
	核酸増幅法	- + 検査中 未実施	- + 検査中 未実施	- + 検査中 未実施	- + 検査中 未実施	- + 検査中 未実施	- + 検査中 未実施
	同定	結核菌群・( )	結核菌群・( )	結核菌群・( )	結核菌群・( )	結核菌群・( )	結核菌群・( )
	検査材料	喀痰・( )	喀痰・( )	喀痰・( )	喀痰・( )	喀痰・( )	喀痰・( )

検耐査性	実施日	年 月 日	INH ( )	INH ( )	RFP ( )	EB ( )	SM ( )	RBT ( )	( )	( )
	(検査中 未実施) <small>※ 右欄( )には濃度数値(μg/ml)を記入</small>	<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐	<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐	<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐	<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐	<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐	<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐	<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐	<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐	<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐

副作用の有無(継続申請時記入)	無・有(肝障害 腎障害 白血球減少 末端神経障害 高尿酸血症 視力障害 聴力障害)
-----------------	---

I G R A 検査	年 月 日 実施	ツ 反 検 査	年 月 日 判定 × ( × ) (発赤 硬結 水疱 壊死) ×	そ の 他	年 月 日 検査 ADA: IU/l 単核球(リンパ球): 検体: □胸水 □他( )
	QFT ( IU/ml) T-SPOT ( スポット)		BCG歴		有 ( 年 月 日 ) 無 不明

備考	※その他、申請の診査上必要な情報があれば記入
----	------------------------

令和 年 月 日	医療機関の住所	電話
----------	---------	----

医療機関の名称	医師の氏名
---------	-------

(R3)

1 肺結核は、胸部エックス線画像(単純撮影、CT)を添付(過去の画像がある場合は、比較のため添付)  
 2 継続申請時は、初回治療時及び直近(3カ月以内)のエックス線画像を添付  
 3 肺外結核は、病巣を確認できるCT及びエックス線画像、検査データを添付  
 4 結核菌分子疫学病原体サーベイランス推進(結核に関する特定感染症予防指針)のため、結核菌培養陽性後は譲渡にご協力ください。不可の場合はチェックしてください。□