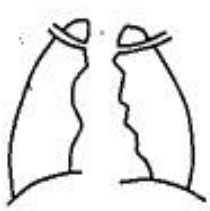
結様式第１５号の２

診　断　書

フリガナ 患者氏名		性別	男・女	生年月日	大・昭　年　月　日 平・令　（　歳）

病名	1	2		3	
医療の種類	化学療法	1）初回治療 2）再治療 3）継続	1　抗結核薬 （　）剤使用	1　薬品名 ＩＮＨ　ＲＦＰ　ＰＺＡ　ＳＭ ＥＢ　ＬＶＦＸ　ＫＭ　ＴＨ　ＥＶＭ ＰＡＳ　ＣＳ　ＤＬＭ　ＢＤＱ　ＲＢＴ ２　１のうち局所療法に用いるもの （　）	治療開始予定年月日 年　月　日 入　院　年　月　日 年　月　日 退院（予定）年月日 年　月　日
			2　副腎皮質ホルモン剤		
	外科的療法	1　肺結核		3　骨関節結核	
		2　結核性膿胸		4　その他（	）
	骨関節結核の装具療法				
	収容	日間（術前　日間、術後　日間）		手術予定（実施）年月日	年　月　日

現症	胸部Ｘ線写真  年　月　日撮影	学会分類 r　l　b Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ 1　2　3 Ｈ　ＰＬ　ＯＰ	その他の所見（肺外結核の場合は、そのＸ線写真略図及びその他の所見） 咳（　年　月から） 痰（　年　月から） ・ＱＦＴ・Ｔ-spot(陽性　判定保留　陰性)：検査日　年　月　日 （リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝγ試験） ・ﾂﾍﾞﾙｸﾘﾝ反応検査(発赤　硬結　水泡　壊死)：検査日　年　月　日 ・ＨＩＶ検査（　有：　＋／－　・　無　） ・副腎皮質ホルモン剤の服用（　有　・　無　） ・生物学的製剤の有無（　有　・　無　）

下記(ｱ)、(ｲ)の標準治療ができない場合は、治療内容とその理由

(ｱ)　2HRZS(E)/4HR(E)　　(ｲ)　6HRS(E)/3HR(E)　　※(ｲ)はPZA使用不可の場合

(ｱ)、(ｲ)の標準治療以外の治療内容	左記の理由

検査日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
検体の種類（該当番号を記載）						
	１喀痰　2咽頭粘液等　3胃液　4気管支・肺胞洗浄液 ５穿刺液　６膿・浸出液　７尿　８組織 ９その他（　）					
結核菌検査　塗抹（記載法またはG号数表記）						
結核菌検査　培養	＋　－	＋　－	＋　－	＋　－	＋　－	＋　－
ＰＣＲ	＋　－	＋　－	＋　－	＋　－	＋　－	＋　－

既往の医療 結核に関する	
年　月～　年　月	
ＩＮＨ　ＲＦＰ　ＰＺＡ　ＳＭ　ＥＢ　その他（　）	
年　月～　年　月	
ＩＮＨ　ＲＦＰ　ＰＺＡ　ＳＭ　ＥＢ　その他（　）	
年　月～　年　月	
ＩＮＨ　ＲＦＰ　ＰＺＡ　ＳＭ　ＥＢ　その他（　）	

感受性検査 薬品(mcg/ml)		検体採取　年　月　日		
ＩＮＨ	〔0.2〕	感受性	耐性	検査中
ＩＮＨ	〔1.0〕	感受性	耐性	検査中
ＲＦＰ	〔40〕	感受性	耐性	検査中
ＳＭ	〔10〕	感受性	耐性	検査中
ＥＢ	〔2.5〕	感受性	耐性	検査中
（　）	〔　〕	感受性	耐性	検査中
（　）	〔　〕	感受性	耐性	検査中
（　）	〔　〕	感受性	耐性	検査中
（　）	〔　〕	感受性	耐性	検査中
（　）	〔　〕	感受性	耐性	検査中

※初めて結核と診断された時期	菌陰性化の時期
年　月頃	年　月頃

備考（主治医の意見等）

令和　年　月　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医 師 の 氏 名

記入上の注意

1. 「結核菌検査」欄は、過去６か月間に行った検査結果を記入すること。
2. 「備考」欄は、①入院等勧告に関する意見、②15歳以下の患者については、既往のツベルクリン検査の成績及びＢＣＧ接種歴の有無、③抗結核薬の副作用の有無及び現在治療中の他疾患等その他参考となるべき事項を記入すること。なお、生活保護法における医療扶助対象者が入院を必要とする場合は、その理由を記入すること。