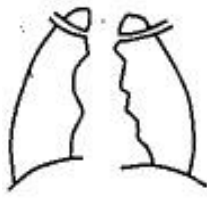


診 断 書

フリガナ 患者氏名				性別	男・女	生年月日	大・昭平・令	年	月	日			
病名		1		2		3							
医療の種類	化学療法	1) 初回治療		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		治療開始予定年月日 年 月 日						
		2) 再治療			2 1のうち局所療法に用いるもの ()		入院 年 月 日 年 月 日						
		3) 継続		2 副腎皮質ホルモン剤		退院 (予定) 年月日 年 月 日							
	外科的療法的	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												
收容		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 	学会分類		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)									
		r 1 b		咳 (年 月から) 痰 (年 月から)									
		I II III IV V 1 2 3 H P L O P		・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) ・ツベルクリン反応検査 (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(7)、(イ)の標準治療ができない場合は、治療内容とその理由													
(7) 2HRZS(E)/4HR(E)		(イ) 6HRS(E)/3HR(E)		※(イ)はPZA使用不可の場合									
(7)、(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	薬品 (mcg/ml)		検体採取 年 月 日			
検体の種類 (該当番号を記載)								感受性検査	INH	[0.2]	感受性	耐性	検査中
									INH	[1.0]	感受性	耐性	検査中
		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 ()							RFP	[40]	感受性	耐性	検査中
									SM	[10]	感受性	耐性	検査中
結核菌検査	塗抹 (記載法またはG号数表記)								EB	[2.5]	感受性	耐性	検査中
	培養	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -		()	[]	感受性	耐性	検査中
PCR		+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -		()	[]	感受性	耐性	検査中
既往の医療	年 月～ 年 月						()		[]	感受性	耐性	検査中	
	INH RFP PZA SM EB その他 ()						()		[]	感受性	耐性	検査中	
	年 月～ 年 月						()		[]	感受性	耐性	検査中	
	INH RFP PZA SM EB その他 ()						※初めて結核と診断された時期		菌陰性化の時期				
	年 月～ 年 月						年 月頃		年 月頃				
I NH RFP PZA SM EB その他 ()						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

- 「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。
- 「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。