


診 断 書

フリガナ 患者氏名	性別	男・女	生年月日	(元号)	年	月	日
							(歳)

病名	1	2	3	
医療の種類	化学療法	1) 初回治療	1 薬品名 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ 2 1のうち局所療法に用いるもの ()	
		2) 再治療	1 抗結核薬 () 剤使用	
	3) 継続	2 副腎皮質ホルモン剤	医療開始予定年月日 年 月 日	
	外科的療法	1 肺結核	1 肺虚脱療法 () 2 空洞直達療法 () 3 肺切除術 ()	入院年月日 年 月 日
	2 結核性膿胸		4 泌尿器結核	退院(予定)年月日 年 月 日
	3 骨関節結核		5 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	胸略部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 l b I II III IV V 1 2 3 H P L O P	咳 (年 月から) 痰 (年 月から) ツベルクリン反応検査(発赤 硬結 水泡 壊死) QFT等 (陽性 判定保留 陰性) (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)

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

血沈(1時間値)	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	耐性検査	薬品(mcg/ml)	年 月	年 月					
結核菌検査	塗抹	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		月 日	INH	[0.2]	感受性	耐性	感受性	耐性	
		号	号	号	号	号		号	RFP	[40]	感受性	耐性	感受性	耐性	
	培養	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	SM	[10]	感受性	耐性	感受性	耐性
		個	個	個	個	個		個	個	EB	[2.5]	感受性	耐性	感受性	耐性
検体の種類	喀痰 胃液 気管支洗浄液 その他 ()								PZA	[-]	感受性	耐性	感受性	耐性	
ナイアシンテスト	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -			()	[]	感受性	耐性	感受性	耐性	
PCR	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -			()	[]	感受性	耐性	感受性	耐性	
結核に関する既往の医療	年 月~ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他 ()							()	[]	感受性	耐性	感受性	耐性	
	年 月~ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他 ()							()	[]	感受性	耐性	感受性	耐性	
	年 月~ 年 月	INH RFP SM EB PZA その他 ()							()	[]	感受性	耐性	感受性	耐性	
								※初めて結核と診断された時期	年 月頃	※ツ反陽転時期	年 月頃	菌陰性化の時期	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
- ※欄は、初回申請の場合にのみ記入すること。
 - 「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その他参考となるべき事項を記入すること。なお、生保患者については入院を必要とする場合は、その理由を記入すること。
 - 抗結核薬の副作用の有無及び現在治療中の他疾患等のその他必要な事項は、「その他の所見」欄あるいは「備考」欄に記入すること。