

(4) ツベルクリン反応、QFT検査等

・ツベルクリン反応(最新のもの) _____ x _____ (×)
 (判定日 年 月 日) x (年 月 日)

・ツベルクリン反応陽転時期 (年 月 日)

・BCG接種歴 1有 2無 3不明 (年 月頃)

・QFT検査 1陽性 2判定保留 3陰性 4判定不可 (判定日 年 月 日)

(5) 菌所見(検査中であるものは備考欄にその旨記入してください。)

採取日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査材料	喀痰、胸水、 咽頭ぬぐい液、 気管支洗浄液、 胃液、その他 ()	喀痰、胸水、 咽頭ぬぐい液、 気管支洗浄液、 胃液、その他 ()	喀痰、胸水、 咽頭ぬぐい液、 気管支洗浄液、 胃液、その他 ()	喀痰、胸水、 咽頭ぬぐい液、 気管支洗浄液、 胃液、その他 ()	喀痰、胸水、 咽頭ぬぐい液、 気管支洗浄液、 胃液、その他 ()	喀痰、胸水、 咽頭ぬぐい液、 気管支洗浄液、 胃液、その他 ()
塗抹	- ± + 2+ 3+ (G 号)	- ± + 2+ 3+ (G 号)	- ± + 2+ 3+ (G 号)	- ± + 2+ 3+ (G 号)	- ± + 2+ 3+ (G 号)	- ± + 2+ 3+ (G 号)
核酸増幅TB	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -
培養	個	個	個	個	個	個
備考	今回の公費負担申請 における治療内容を記			菌検査状況について 結果を記載(できるだ け詳細に)		

(6) 菌陰性化時期 年 月 日

V 今回の治療内容

(1) 化学療法 平成 年 月 日から 抗結核薬()剤 ()ヶ月間使用予定

1 INH 2 RFP 3 SM 4 EB 5 KM 6 TH 7 EVM 8 PZA 9 PAS
 10 CS 11 その他() 1から11までのうち局所療法に用いるもの()

(2) 副腎皮質ホルモン剤の使用の有無 1有(薬品名) 2無

(3) 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)

(4) 骨関節結核の装具療法 装具種類 ()

公費負担開始日からの治療内容を記載
 *継続申請の場合は継続治療開始日、継続予定治療期間について記載する。

VI 今後の医療の方針

今回の公費負担開始日以降における治療内容を記載

年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称 電話 ()

医師氏名 印

感染症の診査に関する協議会意見 年 月 日	委員認印欄						
	認						
入院の必要性を(認める・認めない)	否認						
医療内容について適と(認める・認めない)							

備考