

結核患者に対する医療内容等 (感染症診査協議会提出様式) (入院医療・通院医療)

|      |  |    |      |            |  |
|------|--|----|------|------------|--|
| フリガナ |  | 男女 | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳) |  |
| 患者氏名 |  |    |      |            |  |
| 住所   |  |    |      | 電話         |  |

診断書

I 病名

・肺結核 ・結核性胸膜炎 ・肺外結核 ( ) ・潜在性結核感染症 (LTBI)  
 ・合併症 1. 糖尿病 2. HIV 3. じん肺 4. その他 ( )

II 経過

(1) 発病の時期 年 月 日 (2) 初診の時期 年 月 日  
 (3) 診断の時期 年 月 日 (4) 医療開始時期 年 月 日  
 (5) 症状経過、既往の概要

今回の治療 1①初回治療 ②継続治療 2再治療 3不明  
 再治療の場合、既往医療

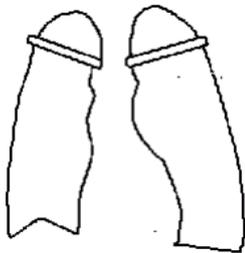
年 月 日～ 年 月 日 INH RFP SM EB PZA PAS その他( ): 医療機関名( )  
 年 月 日～ 年 月 日 INH RFP SM EB PZA PAS その他( ): 医療機関名( )  
 年 月 日～ 年 月 日 INH RFP SM EB PZA PAS その他( ): 医療機関名( )

III 現在の受診状況

(1) 1 入院中 2 外来治療中  
 (2) 入院理由 ( 結核 ・ 結核外 [ ] )  
 (3) 非結核性抗酸菌症 1 有 2 無

IV 検査所見等

(1) 最新のX線所見 撮影時期 ( 年 月 日)  
 (レントゲン写真略図及びその他の所見(肺外結核の場合は、そのX線略図及びその他の所見)



(2) 学会分類

部位 ①r ②l ③b ④該当なし  
 性状 ①I ②II ③III ④p1 ⑤H  
 ⑥0p ⑦IV ⑧V ⑨o  
 拡がり ①1 ②2 ③3 ④該当なし

| (3) 薬剤感受性検査所見 |                                   | R:耐性 S:感受性                        |       |
|---------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------|
| 採取日           | 治療開始時 年 月 日                       | 最新                                | 年 月 日 |
| INH           | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) |       |
| RFP           | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) |       |
| SM            | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) |       |
| EB            | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) |       |
| PZA           | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) |       |
| LVFX          | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) |       |
|               | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) | $\mu\text{g}/\text{ml}$ ( R · S ) |       |

その他の所見、医師の意見等

(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(擬陽性) 3陰性 (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、<br>咽頭ぬぐい液、<br>気管支洗浄液、<br>胃液、その他<br>( ) |
| 塗抹     | - ± + 2+ 3+<br>(G 号)                          |
| 核酸増幅TB | + -   | + -   | + -   | + -   | + -   | + -   |
| 培養     | 個   | 個   | 個   | 個   | 個   | 個   |
| 備考     |   |   |   |   |   |   |

(6) 菌陰性化時期 年 月 日

**V 今回の治療内容**

(1) 化学療法 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 LVFX 12 DLM 13 BDQ  
 14 CS 15 その他( ) 1から15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)

(3) 骨関節結核の装具療法 装具種類 ( )

**VI 今後の医療の方針**

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 |  |  |  |  |  |  |
| 入院の必要性を(認める・認めない)     | 認     |  |  |  |  |  |  |
| 医療内容について適と(認める・認めない)  | 否認    |  |  |  |  |  |  |

備考