

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

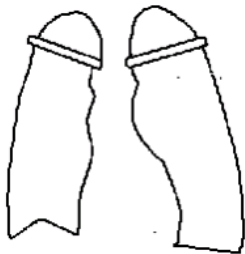
年 月 日～ 年 月 日 INH RFP SM EB PZA PAS その他(): 医療機関名()
 年 月 日～ 年 月 日 INH RFP SM EB PZA PAS その他(): 医療機関名()
 年 月 日～ 年 月 日 INH RFP SM EB PZA PAS その他(): 医療機関名()

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	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	
RFP	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	
SM	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	
EB	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	
PZA	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	
LVFX	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	
	$\mu\text{g/ml}$ (R · S)	$\mu\text{g/ml}$ (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、 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						

(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

入院の必要性を(認める・認めない)

医療内容について適と(認める・認めない)

委員認印欄						
	認					
否認						

備考