

診 断 書												
氏名			性別	男・女	生年月日	年	月	日生	歳			
病名	1	2		3								
治療方針等	1 結核医療の基準により、化学療法を実施する。(治療終了予定 年 月 日)											
	2 結核医療の基準により、外科療法を実施する。(化学療法では効果が期待できない。)											
	3 使用薬剤・治療期間・その他()について、感染症診査協議会の意見が聞きたい。											
作業制限の必要性の有無	1 休業		2 軽業		3 注意			4 不要				
医療の種類の類	治療区分	1 抗結核薬		(1) 薬品名			(3)(1)のうちINH、RFP、PZA(初回のみ)を使用しない理由。			医療開始予定年月日		
	1 初回治療			INH RFP(RBT) PZA						年 月 日		
	2 再治療			SM EB LVFX			①()に耐性のため。			入院年月日		
	申請区分	()剤使用		KM TH EVM PAS			②()に副作用があるため。			年 月 日		
	1 初回			CS DLM			③高齢のため。			退院年月日		
	2 継続	2 副腎皮質ホルモン剤		薬品名()			3 その他の薬剤			薬剤名()		
	外科的療法	1 肺結核 2 結核性膿胸 3 骨関節結核 4 泌尿器結核 5 その他() (療法:)										
	入院	日間(術前)		日間、術後		日間		手術予定(実施)年月日			年 月 日	
	骨関節結核の装具療法											
現症	胸部X線写真略図		年 月 日撮影		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)			症 状	
					r	l	b					
				I	II	III	IV	V				咳 熱 喀痰 体重減少
				1		2		3				血痰 咯血 胸痛 倦怠感
				H	Pl	Op	0					(その他)
結核菌検査等	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	核酸増幅法	薬剤感受性試験	初 回	最 新	
	塗抹培養							年 月 日	薬品(μg/ml)	年 月 日	年 月 日	
	検体の種類								INH (0.2)	感・耐	感・耐	
									RFP (40)	感・耐	感・耐	
									SM (10)	感・耐	感・耐	
									EB (2.5)	感・耐	感・耐	
									()	感・耐	感・耐	
									()	感・耐	感・耐	
	※ 初めて結核と診断された時期:		年 月 頃	※ ツ反応陽転時期		年 月 頃						
IGRA検査	年 月 日	陽性	判定保留	陰性	判定不可	菌陰性化の時期: 年 月 頃						
ツ反(最新のもの)	年 月	×	(×)	壊死	水疱	出血	BCG接種の有無					
	年 月	×					有・無					
結核に関する既往の医療	年 月 ~ 年 月	INH	RFP	PZA	EB	SM	その他()					
	年 月 ~ 年 月	INH	RFP	PZA	EB	SM	その他()					
	年 月 ~ 年 月	INH	RFP	PZA	EB	SM	その他()					
化学療法中断の期間	1 薬剤名	月 日 ~ 月 日	2 薬剤名	月 日 ~ 月 日	3 薬剤名	月 日 ~ 月 日						
備考	治療についての意見および症状等を記入する。										感染症診査協議会の意見	
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

- 1 該当する文字については、その文字(頭数字があるときは、その数字のみとする。)を○で囲むこと。
- 2 ※印欄は、初回申請又は患者の住所地以外の保健所へ提出する場合のみ記入すること。
- 3 「結核菌検査等」欄は、過去6ヵ月間に行った検査結果を記入すること。
- 4 医療の種類の「3その他の薬剤」欄は、治療状況把握のために記入すること。