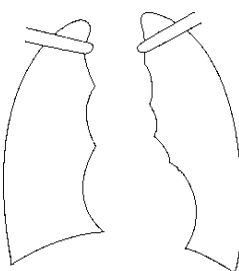


診 断 書

氏名			性別	男・女	生年月日	明大昭平令 年 月 日			歳		
病名	1. 肺結核 2. 肺外結核 () 3. 潜在性結核感染症										
医療の種別	治療区分	ア 抗結核薬 計 () 剤使用							今回申請分の医療開始年月日		
	1. 初回治療	INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM							年 月 日		
	2. 再治療	その他 ()							入院年月日		
	申請区分	イ 副腎皮質ホルモン剤使用の有無							年 月 日		
	1. 初回	1. 有 薬品名 () 2. 無							退院年月日		
2. 継続	ウ 化学療法終了の時期 (記入時点の残りの治療予定期間)							年 月 日			
3. 医療内容変更	1. () か月で終了予定 2. 未定										
外科的療法	1. 肺結核(術式:) 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核 4. 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			
結核の既往	1. 有	既往歴	病名	<input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 肺外結核() <input type="checkbox"/> 潜在性結核感染症			薬剤耐性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明			
	2. 無		<input type="checkbox"/> 化学療法	年 月 ~ 年 月		INH RFP EB SM PZA	その他 ()				
	3. 不明		<input type="checkbox"/> 外科手術	年 月 ~ 年 月		INH RFP EB SM PZA	その他 ()				
免疫抑制剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名)										
合併症	1. じん肺	4. 腎疾患 ()									
	2. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 経口薬服薬 <input type="checkbox"/> インスリン使用	5. 悪性腫瘍 ()									
3. 肝疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変	6. 免疫系疾患 ()										
<input type="checkbox"/> その他 ()	7. その他 ()										
現症	胸部X線写真略図 		学会分類			その他の所見 (CT検査を行っている場合は、CT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)					
			病側	r	l						b
			病型	0	I	II	III	IV	V		
			拡り	1	2	3					
			特殊型	H	P1	Op					
			(特記事項等)								
結核菌検査 (過去6ヶ月)	検体採取日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	検体採取日	年 月 日
	塗抹	G 号	G 号	G 号	G 号	G 号	核酸増幅法		同定検査		
	培養	- + 中	- + 中	- + 中	- + 中	- + 中	- + 中	- + 中	薬剤感受性試験成績		
	検体の種類										
	検体の種類欄に該当番号を記入	1 喀痰 2 咽頭粘液 3 胃液 4 気管支洗浄液 5 穿刺液 () <input type="checkbox"/>									
		6 膿・滲出液 7 尿 8 組織・その他 ()									
IGRA検査	採血年月日	年 月 日			ツベルクリン反応	判定年月日	年 月 日				
	QFT	IFN _A -IFN _N IU/ml				(硬結 ×)	(二重発赤 ×)				
	L判定	陽性・判定保留・陰性・判定不可 (IFN _M -IFN _N IU/ml)				(発赤 ×)					
	T-Spot	spot				水疱・出血・壊死					
L判定	陽性・陽性(判定保留)・陰性(判定保留)・陰性・判定不可										
組織等の所見											
特記事項	※感染症診査協議会に聞きたい事項、生保患者で入院を要する場合の理由等										
	年 月 日 医療機関の所在地										
	医療機関の名称										
医師の氏名											
印											

※生保患者の場合には、この診断書の写しを福祉事務所が使用するため、本書及び写しの2通を保健所に提出すること。
 ※試験成績の判定区分 S=感受性 I=中間 R=耐性