

VII結核に関する既往医療

(1) 今回の治療 1① 初回治療 1② 継続治療 2 再治療 3 不明
(2) 再治療の場合、既往医療
年 月～ 年 月 INH RFP PZA SM EB LVFX その他(): 医療機関名()
年 月～ 年 月 INH RFP PZA SM EB LVFX その他(): 医療機関名()
年 月～ 年 月 INH RFP PZA SM EB LVFX その他(): 医療機関名()

VIII今回の治療内容

(1) 化学療法 年 月 日から 抗結核薬()剤使用
1 INH 2 RFP 3 RBT 4 PZA 5 SM 6 EB 7 LVFX 8 KM 9 TH 10 EVM
11 PAS 12 CS 13 DLM 14 BDQ 15 その他()
1から13までのうち局所療法に用いるもの()
(2) 副腎(じん)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(のう)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)

IX検 査

(1) 菌所見(検査中のものは、当該検査の欄へその旨を御記入ください。)
検体記号(1―(1)痰(たん) 1―(2)胃液 1―(3)喉(こう)頭粘液 2―(1)気管支洗浄液
2―(2)経気管支肺生検 3尿 4膿(うみ) 5穿(せん)刺液 6―(1)組織 6―(2)他)

検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法：PCR法等(検体記号)
/ /	号	個	菌	法()
/ /	号	個	菌	法()
/ /	号	個	菌	法()

検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法：PCR法等(検体記号)
/ /	号	個	菌	法()
/ /	号	個	菌	法()
/ /	号	個	菌	法()

(2) 菌陰性化時期 年 月 日
(3) 薬剤耐性試験成績

	治療開始時／実施 年 月	最新(実施 年 月)
SM	μg/ml(耐性・感受性)	μg/ml(耐性・感受性)
INH	μg/ml(耐性・感受性)	μg/ml(耐性・感受性)
RFP	μg/ml(耐性・感受性)	μg/ml(耐性・感受性)
EB	μg/ml(耐性・感受性)	μg/ml(耐性・感受性)
	μg/ml(耐性・感受性)	μg/ml(耐性・感受性)
	μg/ml(耐性・感受性)	μg/ml(耐性・感受性)

X最新のエックス線所見CT所見

(1) エックス線写真略図及びその他の所見(肺外結核の場合も同様)

(2) 撮影時期 年 月 日
(3) 学会分類

部 位	①r	②l	③b	⑨該当なし	
性 状	① I	② II	③ III	④P1	⑤H
	⑥Op	⑦IV	⑧ V	⑨0	
拡がり	①1	②2	③3	⑨該当なし	

(4) CT所見(必要に応じて)

撮影時期： 年 月 日

備考

年 月 日
医機機関所在地
医療機関の名称 電話 ()
医 師 名 ※署名または記名押印のこと

注意1 該当する文字については、その文字(頭数があるときは、その数字とする。)を○で囲んでください。
2 生活保護を受けている患者その他これに準ずる者の場合は、この申請書を2部(1部は写し)提出してください。
3 継続申請する場合は、エックス線写真その他関係書類を添えて、患者票の有効期限の2週間前までに必ず住所地を所管する保健所長あて再申請してください。

感染症の診査に関する協議会意見

保 健 所 記 入 欄
発生動向調査コード

一治 療 区 分

一結 核 薬

一 副 腎 (じ ん) 皮 質 ホ ル モ ン

一最 新 塗 抹

一最 新 培 養

一 陽 性
2 陰 性
3 検 査 中
4 未 実 施
5 不 明

一 陽 性
2 陰 性
3 検 査 中
4 未 実 施
5 不 明
6 非 定 型 抗 酸 菌

一検 体 の 種 類

一薬 剤 耐 性

1 INH, RFP
2 INHのみ
3 RFPのみ
4 その他のみ
5 耐性なし
6 不明
学 会 分 類

一部 位

一性 状

一拡 が り