


(裏)

<b>VII 結核に関する既往医療</b>		保健所記入欄 発生動向調査コード																																								
(1) 今回の治療 1①初回治療 ②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 SM EB PZA PAS その他( ):医療機関名( ) 年 月～年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他( ):医療機関名( ) 年 月～年 月 INH RFP SM EB PZA PAS その他( ):医療機関名( )		— 治療区分 —																																								
<b>VIII 今回の治療内容</b>																																										
(1) 化学療法 年 月 日から 抗結核薬( )剤使用 1 INH 2 RFP 3 RBT 4 SM 5 EB 6 KM 7 TH 8 EVM 9 PZA 10 PAS 11 CS 12 その他( ) 1から12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)		— 結核薬 —  — 副腎皮質ホルモン —  — 最新塗抹 —																																								
<b>IX 検査</b>																																										
(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 1—(2)胃液 1—(3)喉頭粘液 2—(1)気管支洗浄液 2—(2)経気管支肺生検 3尿 4膿 5穿刺液 6—(1)組織 6—(2)他)																																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検体採取年/月</th> <th>塗抹</th> <th>培養</th> <th>病原体</th> <th>同定の方法: PCR法等(検体記号)</th> <th>検体採取年/月</th> <th>塗抹</th> <th>培養</th> <th>病原体</th> <th>同定の方法: PCR法等(検体記号)</th> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> <td>/ /</td> <td>号</td> <td>個</td> <td>菌</td> <td>法( )</td> </tr> </table>	検体採取年/月	塗抹	培養	病原体	同定の方法: PCR法等(検体記号)	検体採取年/月	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( )	/ /	号	個	菌	法( )	/ /	号	個	菌	法( )	/ /	号	個	菌	法( )		1 陽性 2 陰性 3 検査中 4 未実施 5 不明  — 最新培養 — 1 陽性 2 陰性 3 検査中 4 未実施 5 不明 6 非定型抗酸菌 — 検体の種類 — — 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 — — 部位 —  — 性状 —  — 拡がり —
検体採取年/月	塗抹	培養	病原体	同定の方法: PCR法等(検体記号)	検体採取年/月	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( )	/ /	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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>治療開始時/実施 年 月</th> <th>最新(実施 年 月)</th> </tr> <tr> <td>SM</td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> </tr> <tr> <td>INH</td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> </tr> <tr> <td>RFP</td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> </tr> <tr> <td>EB</td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> <td>μg/ml(完・不完・感)</td> </tr> </table>		治療開始時/実施 年 月	最新(実施 年 月)	SM	μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)	INH	μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)	RFP	μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)	EB	μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)		μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)		μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)																				
	治療開始時/実施 年 月	最新(実施 年 月)																																								
SM	μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)																																								
INH	μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)																																								
RFP	μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)																																								
EB	μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)																																								
	μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)																																								
	μg/ml(完・不完・感)	μg/ml(完・不完・感)																																								
<b>X 最新のX線所見及びCT所見</b>																																										
(1) X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																																									
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>部 位</th> <th>①r</th> <th>②l</th> <th>③b</th> <th>④該当なし</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">性 状</th> <td>① I</td> <td>② II</td> <td>③ III</td> <td>④ p1 ⑤ H</td> </tr> <tr> <td>⑥ 0p</td> <td>⑦ IV</td> <td>⑧ V</td> <td>⑨ o</td> </tr> <tr> <th>拡 が り</th> <td>①1</td> <td>②2</td> <td>③3</td> <td>④該当なし</td> </tr> </table>	部 位	①r	②l	③b	④該当なし	性 状	① I	② II	③ III	④ p1 ⑤ H	⑥ 0p	⑦ IV	⑧ V	⑨ o	拡 が り	①1	②2	③3	④該当なし																						
部 位	①r	②l	③b	④該当なし																																						
性 状	① I	② II	③ III	④ p1 ⑤ H																																						
	⑥ 0p	⑦ IV	⑧ V	⑨ o																																						
拡 が り	①1	②2	③3	④該当なし																																						
(4) CT所見(必要に応じ)	撮影時期: 年 月 日																																									
備考																																										
年 月 日																																										
医療機関所在地																																										
医療機関の名称	電話 ( )																																									
医 師 名	印																																									

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、この診断書を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、X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