様式第１ 診　　断　　書 　　 埼玉県教育委員会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属所名 | |  | | | | | 職　 　名 | | |  | | | | | 男 ・ 女 |
| 氏　　　　 名 | |  | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日生 | | | | | 満　 　歳 |
| 住　　　　 所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 病　　　　 名 | |  | | | | | 発病年月日 | | | 年　　 　月　　 　日 | | | | | |
| 発見方法 | | | 健　診 　　医療機関受診  その他( 　) | | | | | |
| 既往症 | | 病　　　　　　　名 | | | 発病年月日 | | | | | | 過去の治療期間 | | | | |
|  | | | 年 　月 　日 | | | | | | 年　月　日～ 年 月　日  年　月　日～ 年 月　日 | | | | |
| 最終ツベルクリン反応検査 | | | 陽性・疑陽性・陰性 （　 　年　　月実施） | | | | | | | | | | |
| 現在の治療  及 び 経 過 | | 入　 院 | 年　　 月　　 日 ～ 　 　年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | |
| 通　 院 | 年　　 月　　 日 ～ 　　 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | | | |
| 化学療法 | 薬品名（該当するものに○印）  　ＩＮＨ・ＲＦＰ・ＥＢ・ＰＺＡ・ＳＭ・ＫＭ・ＰＡＳ・ＥＶＭ・ＣＳ・ＴＨ  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 外科的療法 | （　　　年 　 月 日 医療機関名 ) | | | | | | | | | | | | |
| 結核菌検査 | | 年　　　月 | 年 　　 月 | | 年 　　 月 | | | | 年 　　 月 | | | | 年 　　 月 | | |
| 塗　　　沫 | － ± ＋ 2＋ 3＋  号 | | － ± ＋ 2＋ 3＋  号 | | | | － ± ＋ 2＋ 3＋  号 | | | | － ± ＋ 2＋ 3＋  号 | | |
| 培　　　養 | －　＋　検査中 | | －　＋　検査中 | | | | －　＋　検査中 | | | | －　＋　検査中 | | |
| 血 沈 検 査 | | 検査年月日  / / | １時間値  mm | 検査年月日  / / | | | | １時間値  mm | | | | 検査年月日  / / | | １時間値  ㎜  １時 間値  Mm | |
| 感受性検査  その他の検査 | | 検査年月日  / / |  | 検査年月日  / / | | | |  | | | | 検査年月日  /　 / | |  | |
| 最　 近 　の  所　　　　見  （学会分類も記入） | | 発　病　時　　　 　中　間　時 　 　　最近のもの　　　　断層所見又はCT所見    　年　　月　　日 年　　月　　日　 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 特に問題と  なる点 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 将来の見込み  休職(休職期間),  復職等、勤務に  関する意見 |  | | | | |  | | | | | | | | | |

　　上記のとおり診断いたします。

　　　　　　　　年　　 月 　　日 　 　　　　 　　 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　住　　　所

診 療 科

医　師　名　　　　　 印

（注）

※　上段の太枠線内は、原則として本人が記入し、医師に提出すること。

　　※　提出の際は、発病時、最新時のレントゲン写真を添付してください。