

様式第27-2号 **診 断 書**

患者氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 歳

患者住所 (〒 _____) 電話 _____

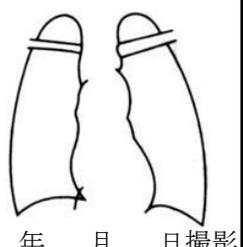
添付エックス線写真の枚数 _____ 枚 **カルテNo.** _____

病名 1. 肺結核 2. 肺外結核(部位 _____) 3. 潜在性結核感染症 4. (_____)

合併症 肝障害 糖尿病 じん肺 HIV その他(_____)

治療内容	1. 初回治療	化学療法 抗結核薬	INH RFP PZA EB SM LVFX KM	経過	発病	年	月	日		
	2. 継続治療		TH EVM RBT PAS CS DLM BDQ		初診	年	月	日		
	3. 再治療		副腎皮質ホルモン剤(薬剤名: _____)		診断	年	月	日		
	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(_____)	医療開始		年	月	日			
手術予定(実施)日		年	月	日	収容	日間(術前)	日間(術後)	日間	器具療法	内容:

期間治療 1. 治療を継続したい。(□終了予定 年 月 日、□未定) 3. 感染症診査協議会の意見を聞きたい。
2. この申請を最後として化学療法を終了する。(□終了予定 年 月 日、□未定)

胸部エックス線写真		学会分類	病側 r l b 該当なし	その他の所見(肺外結核は、CT所見及びエックス線写真の略図・所見)
			病型 I II III H Pl Op IV V O	
			拡がり 1 2 3 該当なし	
治療歴	年 月 ~ 年 月	INH・RFP・PZA・EB・SM・他(_____)		
治療歴	年 月 ~ 年 月	INH・RFP・PZA・EB・SM・他(_____)		

結核菌検査	採取年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	塗抹	- ± + 2+ 3+ (号)					
	培養	- + 検査中					
	核酸増幅法	- + 検査中 未実施					
	同定	結核菌群・(_____)					
	検査材料	喀痰・(_____)					

検耐性	実施日	年 月 日	INH ()	INH ()	RFP ()	EB ()	SM ()	RBT ()	()	()
	(検査中 未実施)	<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐								

※ 右欄()には濃度数値(μg/ml)を記入

副作用の有無(継続申請時記入) 無・有(肝障害 腎障害 白血球減少 末端神経障害 高尿酸血症 視力障害 聴力障害)

I 検査RA	年 月 日 実施	ツ反検査	年 月 日 判定	×	その他	ADA: _____ IU/l
	(陽性判定保留 陰性判定不可)		(発赤 硬結 水疱 壊死)	×		単核球(リンパ球): _____
	QFT (IU/ml)		BCG歴	有 (年 月 日) 無 不明		検体: <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 他(_____)
	T-SPOT (スポット)					

備考 _____ ※その他、申請の診査上必要な情報があれば記入

令和 年 月 日 医療機関の住所 _____ 電話 _____

医療機関の名称 _____ 医師の氏名 _____ (R3)

※以下保健所記入欄

年 月 日 診査	意見
支障なし	支障あり その他