

(様式7の2)

受付日	年 月 日	受付番号	37	
			37の2	

結核申請用診断書

フリガナ		性別		年 月 日
患者氏名		男・女	生年月日	(歳)
住所			電話	() -

I 病名	1	2	3
-------------	---	---	---

II 経過

(1) 発病の時期 (2) 初診の時期

(3) 診断の時期

III 現在の受診状況

(1) 入院・外来の別 1 入院中 2 外来治療中

入院年月日	年 月 日	入院理由	結核 ・ 結核以外()
-------	-------	------	--------------

(2) 合併症 1 じん肺 2 糖尿病 3 低肺機能 4 肝障害 5 腎障害 6 HIV 7 その他()

IV 【今回の治療内容】

(1) 治療の区別 1 初回治療 2 継続治療 3 標準治療を超える場合 期間 (____か月延長)
4 再治療 5 不明 理由 []

(2) 抗結核薬(____)剤使用

1 INH 2 RFP 3 PZA 4 SM 5 EB 6 KM 7 EVM 8 TH 9 CS 10 PAS 11 LVFX 12 DLM 13 BDQ

1から13までのうち局所療法に用いるもの()

(3) 化学療法の時期 化学療法の開始日 ____年 ____月 ____か月間予定
※中断又は再治療の場合は再開日

(4) 副腎皮質ホルモン剤の使用の有無 1 有 (薬品名:) 2 無

(5) 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)

次頁へつづく

V 【検査】 検体種別

(1) 菌所見 1 痰 2 喉頭粘液等 3 胃液 4 気管支洗浄液 5 穿刺液 (2) 菌陰性化時期 _____年____月____日
6 膿・浸出液 7 尿 8 組織・その他

検体採取年月日	検体種別	塗抹	培養	血沈 (1時間値)	同定検査			
					塗 抹(痰等から直接検出した場合)		培 養(分離したコロニーから検出した場合)	
年 月 日		号	個	mm	検体採取日	年 月 日	検体採取日	年 月 日
年 月 日		号	個	mm	検査実施日	年 月 日	検査実施日	年 月 日
年 月 日		号	個	mm	検 査 法	① PCR ②その他()	検 査 法	① PCR ②その他()
年 月 日		号	個	mm	結 果	① 結核菌 ② 非結核性抗酸菌 (菌名:)	結 果	① 結核菌 ② 非結核性抗酸菌 (菌名:)
年 月 日		号	個	mm				
年 月 日		号	個	mm				

(3) 薬剤感受性検査

薬 品(μg/mg)		治療開始時 実施 年 月	最新 実施 年 月	薬 品(μg/mg)		治療開始時 実施 年 月	最新 実施 年 月
INH	()	感・不完・完	感・不完・完	()	()	感・不完・完	感・不完・完
RFP	()	感・不完・完	感・不完・完	()	()	感・不完・完	感・不完・完
EB	()	感・不完・完	感・不完・完	()	()	感・不完・完	感・不完・完
PZA	()	感・不完・完	感・不完・完	()	()	感・不完・完	感・不完・完

VI 【ツベルクリン反応・インターフェロンγ測定検査等】

(1) ツベルクリン反応(最新のもの) 検査実施日_____年____月____日($\frac{\times}{\times}$) (×)mm (硬結・二重発赤・水疱・壊死)
 (2) ツベルクリン反応(以前のもの) 検査実施日_____年____月____日($\frac{\times}{\times}$) (×)mm (硬結・二重発赤・水疱・壊死)
 (3) インターフェロンγ測定(QFT、T-SPOT等)検査 検査実施日_____年____月____日
 ①QFT 1 陽性 2 判定保留 3 陰性 A値() M値()
 ②T-SPOT 1 陽性 2 判定保留 3 陰性 スポット数()

VII 【結核に関する既往医療】 ※ 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()

VIII 【最新のX線所見及び医師の意見等】

X線写真略図及びその他の所見
 (肺外結核の場合は、そのX線略図及びその他の所見)



撮影時期
 _____年____月____日

年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

電話 ()

医 師 名

印

※保健所記入欄

37条	勧告・措置	判定	適・不適	期間	自 _____年____月____日	
					至 _____年____月____日	
37条の2		判定	承認・不承認	期間	自 _____年____月____日	か月
					至 _____年____月____日	
感染症診査協議会の意見				学会分類	部位	① r ② l ③ b ⑨ 該当なし
					性状	① I ② II ③ III ④ pl ⑤ H
						拡がり