

**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

1) 菌検査は最新のものを含む6ヶ月以内に行った結果について記入してください。  
2) 初回申請時は3日間連続検痰を実施し、結果を記入してください。

検体採取年月日	検体種別	塗抹	培養	血沈 (1時間値)	判定便宜			
					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)	
平成31年4月30日	1	0号	中個	mm	検体採取日	平成31年4月30日	検体採取日	年 月 日
令和元年5月1日	1	0号	中個	mm	検査実施日	令和元年5月1日	検査実施日	年 月 日
年 月 日		号	個	mm	検査法	① PCR ② その他 ( LAMP )	検査法	① PCR ② その他 ( <del>キャピリアTB</del> 、DPH等 )
年 月 日		号	個	mm	結果	① 結核菌	結果	① 結核菌
年 月 日		号	個	mm		② 非結核性抗酸菌		② 非結核性抗酸菌
年 月 日		号	個	mm		(菌名: )		(菌名: )

(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
RFP (中)	感・不完・完	感・不完・完	( )	感・不完・完	感・不完・完
EB (中)	感・不完・完	感・不完・完	( )	感・不完・完	感・不完・完
PZA (中)	感・不完・完	感・不完・完	( )	感・不完・完	感・不完・完

治療開始時の培養検査結果が陽性の場合、薬剤感受性検査を実施し、その結果を記入してください。  
培養検査の結果がまだ判明していないときには、検査中として培養欄に「中」と記入してください。

**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 平成31年4月30日  
 ① QFT 1 陽性 ② 判定保留 3 陰性 A値( ) M値( )  
 ② T-SPOT 1 陽性 2 判定保留 3 陰性 スポット数( )

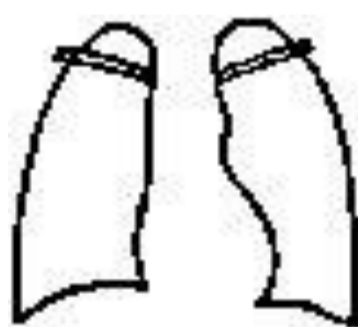
**VII 【結核に関する既往医療】**

※ 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)



必ずスケッチしてください。

1) 胸部X線の所見  
2) 肺外の場合、「結核」と判断された理由を記入してください。  
例:組織検査等実施の有無と結果(ADA等)

撮影時期  
平成31年4月30日

年 月 日  
 医療機関所在地 熊本市中央区手取本町1-1  
 医療機関の名称 熊本市役所病院 電話 (096) 334-1500  
 医師名 熊本 花見 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
							⑥ Op	⑦ IV	⑧ V	⑨ O	
					拡がり	① 1	② 2	③ 3	⑨ 該当なし		