

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か月以内に行った結果について記入して下さい。
2) 初回申請時は3日間連続検痰を実施し、結果を記入して下さい。

検体採取年月日	検体種別	塗抹 (記載法又は G号数表記)	培養	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)	
令和5年 4月 1日	1	1+	+	検体採取日	令和5年 4月 1日	検体採取日	年 月 日
年 月 日			十・一	検査実施日	令和5年 4月 1日	検査実施日	年 月 日
年 月 日			十・一	検査法	① PCR ②その他(LAMP法)	検査法	① PCR ②その他()
年 月 日			十・一	結 果	① 結核菌	結 果	① 結核菌
年 月 日			十・一		② 非結核性抗酸菌		② 非結核性抗酸菌
年 月 日			十・一		(菌名:)		(菌名:)

(3) 薬剤感受性検査

薬 品(μg/mg)	治療開始時		最新		薬 品(μg/mg)	治療開始時		最新	
	実施	年 月	実施	年 月		実施	年 月	実施	年 月
INH ()	感受性・耐性・検査中		感受性・耐性・検査中		PZA ()	感受性・耐性・検査中		感受性・耐性・検査中	
RFP ()	感受性・耐性・検査中		感受性・耐性・検査中		LVFX ()	感受性・耐性・検査中		感受性・耐性・検査中	
EB (検査中)	感受性・耐性・検査中		感受性・耐性・検査中		()	感受性・耐性・検査中		感受性・耐性・検査中	
SM (検査中)	感受性・耐性・検査中		感受性・耐性・検査中		()	感受性・耐性・検査中		感受性・耐性・検査中	

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下さい。

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 ($\frac{\times}{\times}$) (\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 ($\frac{\times}{\times}$) (\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)



必ずスケッチして下さい

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ご記入下さい
例：組織検査等実施の有無と結果。ADA等。

撮影時期

令和5年 4月 1日

年 月 日

医療機関所在地 熊本市〇〇区△△

医療機関の名称 □□病院

電話 096-364-3189

医 師 名 熊本 花子

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		