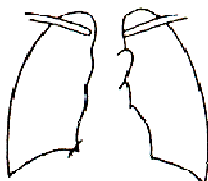


| 診 断 書 | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------|------------------------|----------------|
| 患者の氏名 | | | | 男 女 | 大 昭 平 令 | 年 月 日生 (歳) | | 住 所 | |
| 病名 | 1 | 2 | | | | 3 | | | |
| 医 療 の 種 類 | 化学療法 | 1 初回治療 | | 1 抗結核薬 () 剤使用 | | | | 医療開始予定年月日 | |
| | | 2 初回治療の継続 | | INH RFP RBT PZA SM EB LVFX | | | | 年 月 日 | |
| | | 3 再治療 | | KM TH PAS CS DLM BDQ | | | | | |
| | | 4 再治療の継続 | | 2 1のうち局所療法に用いるもの () | | 副腎皮質ホルモン剤 薬品名 () | | 入院・ 通院 | 入院年月日 年 月 日 |
| | 外科的療法 | 1 肺結核 術式 () | | 2 結核性膿胸 | | 3 骨関節結核 | | 4 泌尿器結核 | |
| | | | | 5 その他 () | | | | 手術予定 (実施) 年月日 年 月 日 | |
| | 骨関節結核の装具療法 () | | | | 収容 | | 日間 (術前) | | 日間、術後 日間 |
| 現 症 | 胸部X線写真略図  | | 学 会 分 類 | | 体温 (平熱・微熱・中等熱・高熱) | | その他の所見 (肺外結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見) | | |
| | | | r l b | | 喀痰 (無 ・ 有 (多 ・ 少)) | | | | |
| | | | 1 2 3 | | 咳嗽 (無 ・ 有 (多 ・ 少)) | | | | |
| | | | H P l Op | | その他 () | | | | |
| 結 核 菌 検 査 | 採 取 日 | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | | 月 日 | |
| | 検体種類 | 喀痰・胃液 その他 () | | 喀痰・胃液 その他 () | | 喀痰・胃液 その他 () | | 喀痰・胃液 その他 () | |
| | 塗 抹 | (号) | | (号) | | (号) | | (号) | |
| | 培 養 | (個) | | (個) | | (個) | | (個) | |
| | (注) 塗抹については、-・±・1+・2+・3+又はガフキー号数、培養については、-・+・++・+++又は集落数を記入してください | | | | | | | | |
| | 同定検査実施 無 ・ 有 年 月 日採取 検体： 喀痰 ・ その他 () 検査方法： 結果： 結核菌 陽性 ・ 陰性 () ・ 検査中 | | | | | | | | |
| 免 疫 学 的 検 査 | I G R A検査 (年 月 日実施) | | | | 薬 剤 感 受 性 検 査 | | 年 月 日採取株 | | |
| | 検査方法： QFT ・ T - S P O T 結果： 陽性 ・ 陰性 ・ 判定保留 ・ 判定不可 | | | | | | 薬 品 [µg/m] | | 感受性 |
| | ツ反 (年 月 日) x (x) 水疱 ・ 壊死 ・ 出血 | | | | | | B C G接種歴 無 ・ 有 (年 月頃) | | |
| 結核に関する既往歴 | | 有 [年 月頃 病名] ・ 無 ・ 不明 | | | | | | | |
| 結核に關する既往の医療 | 年 月 ~ 年 月 | | INH RFP SM EB PZA PAS その他 () | | | | | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | INH RFP SM EB PZA PAS その他 () | | | | () () 感 耐 | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | INH RFP SM EB PZA PAS その他 () | | | | () () 感 耐 | | |
| 現在までに実施した医療の概要及び今後の医療の方針等 | | | | | | | | | |
| 治療終了予定日：令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | | | | | | |
| 医 師 の 氏 名 | | | | | | | | | |