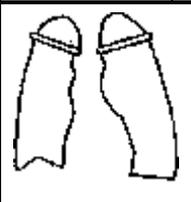


結核患者個人票

結核患者個人票											
病名	1	2	3								
医療の種類	化学療法	1 初回治療 2 再治療 3 治療継続 4 薬剤変更	(1)抗結核薬() 剤使用 INH RFP (RBT) PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ	(2)副腎皮質ホルモン剤 (有・無)	医療開始予定年月日 年 月 日						
		1 外来治療 2 入院治療 3 入院延長治療	上記のうち局所療法に用いるもの ()	薬品名 ()	入院開始年月日 年 月 日						
						入院(再)延長年月日 年 月 日					
						年 月 日					
	外科的療法	1 肺 2 肺外部位 ()	術式及び治療内容(骨・関節結核の装具療法を含む)		手術予定(実施)年月日 年 月 日		外科的療法に必要な収容期間 術前 日間 術後 日間				
既往歴	1 結核 2 糖尿病 3 肝疾患 4 腎疾患 5 悪性腫瘍 6 免疫系疾患 7 その他()						結核患者との接触 ()		有・無・不明 有の場合の詳細 ()		
	※初めて結核と診断された時期		年 月 頃	菌陰性化の時期	年 月 頃						
	※結核に関する既往の治療		年 月～年 月 INH RFP PZA SM EB その他()	年 月～年 月 INH RFP PZA SM EB その他()	年 月～年 月 INH RFP PZA SM EB その他()						
現症	 年月日撮影	※学会分類 ※ r 1 b 0 I II III IV V 1 2 3 rH 1H rPL 1PL r0p 10p			1 医師の意見(今後の医療方針, その他の所見等) 2 入院治療の必要性						
		結核菌検査				血沈 (mm/1h)	抗酸菌同定検査検査法 ()		薬剤感受性検査成績		
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)	検体種類		年月日実施	菌株日	年月日				
月 日					検査結果	結核菌(M. tuberculosis) 陽性・陰性	薬剤名	濃度 (μg/ml)	感受性		
月 日							INH	0.2	感	耐	
月 日							その他の抗酸菌名	RFP	40	感	耐
月 日							(陽性・陰性)	SM	10	感	耐
月 日								EB	2.5	感	耐
月 日							検査中	LVFX	1	感	耐
月 日								KM	20	感	耐
月 日					TH	20		感	耐		
月 日					検査未実施	EVM	20	感	耐		
月 日						PAS	0.5	感	耐		
注) 初回申請時は3回連続, 継続申請時は過去6ヶ月の検査結果を記入すること。						CS	30	感	耐		
年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名						※ 感染症診査協議会結核診査専門 ※ 部会の意見					

(注) 1 該当する文字については, その文字(頭数字があるときはその数字)を○で囲んでください。
2 ※欄は初回申請時のみ記入してください。また, ※※欄は記入しないでください。