※患者の基礎情報を入力

※病名選択、肺外結核の場合は（　）内に病名を記入

※合併症が有る場合は、病名を選択、その他の場合は、（　）内に病名を記入

※再治療は、過去の治療歴がはっきりしている場合のみ選択

※結核の治療として外科的療法を実施する場合術式等を記入

※手術の場合、収容期間手術予定日等を記入

※胸部X線写真の所見をスケッチして下さい。学術分類は、分かる範囲で選択して下さい。

※菌検査等の結果で判明しているものを記入

※結核の治療歴が有る場合前回の治療内容を記入
※治療継続の申請の場合現在までの治療内容を記入

※初回治療例では１２月以上、再治療例では、１８月を超えて治療継続する場合は、その理由及び、その他の意見等を、記入

※診断書の作成日が、報告日、申請日以前であったり、医療開始予定年月日以後の日付であった場合は、日付の新しいものが有効となる

様式結3-2号

# 診　断　書

| ふりがな 患者氏名 | | 性別 男・女 | 生年月日 住所 | 明・大・昭・平　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|

診断名　1．肺結核　2．肺外結核（　　）　3．潜在性結核感染症　4．その他（　　）

合併症名　1．有り（ 1 塵肺　2 糖尿病　3 低肺機能　4 肝障害　5 高血圧症　6 その他（　　））　2．なし

医療の種類

化学療法
1．初回治療
2．再治療
3．継続

1．抗結核薬
（　　）
剤使用

1 薬品名
INH　RFP　RBT　PZA　SM　EB
LVFX　KM　TH　EVM　PAS　CS　DLM
2 1.のうち局所療法に用いるもの
（　　）

医療開始予定年月日
年　月　日
入院年月日
年　月　日

通院中
入院中

2．副腎皮質ホルモン剤　薬品名（　　）　申請時　入院・通院

外科的療法
1．肺結核　1．肺虚脱療法（　）　2．空洞直達療法（　）　3．肺切除術（　）
2．結核性膿胸　4．泌尿器結核
3．骨関節結核　5．その他
骨関節結核の装具療法

収容　日間(術前　日間、術後　日間)　手術予定(実施)年月日　年　月　日

現症

胸部X線写真略図　年　月　日撮影

学会分類
r　l　b
I　II　III　IV　V
1　2　3
H　Pl　Op
0

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)

自覚症状　1.なし　2.あり（　　）

結核菌検査

| 検体の種類 | 喀痰 | | 胃液 | | 気管支洗浄液 | | その他（　） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 塗抹 月/日 | ／ | 号 | ／ | 号 | ／ | 号 | ／ | 号 | ／ | 号 | ／ | 号 |
| 培養 月/日 | ／ | 個 | ／ | 個 | ／ | 個 | ／ | 個 | ／ | 個 | ／ | 個 |
| その他（　） | | | | | | | | | | | | |
| その他（　） | | | | | | | | | | | | |

核酸増幅法（TB-PCR/TB-LAMP）　／　（＋　－）　検体（　）

結核菌特異的インターフェロン-γ産生能（ QFT/T-SPOT ）　／　陽性・陰性・判定保留・判定不可

最新のツ反
（　月　日注射、　月　日測定）
発赤　mm　硬結　mm
副反応
二重発赤・リンパ管炎
水疱・出血・壊死
BCG接種歴
：無・有（　年　月頃）

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

薬剤感受性

| 薬品（μg/ml） | 年　月 | 年　月 |
|---|---|---|
| INH　(0.2) | 感受性　耐性　検査中 | 感受性　耐性　検査中 |
| RFP　(40) | 感受性　耐性　検査中 | 感受性　耐性　検査中 |
| SM　(10) | 感受性　耐性　検査中 | 感受性　耐性　検査中 |
| EB　(2.5) | 感受性　耐性　検査中 | 感受性　耐性　検査中 |
| PZA　(100) | 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 |
| ）（　） | 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 |
| ）（　） | 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 |

※　年　月～　年　月 INH　RFP　SM　EB　PZA　その他（　　）

結核に関する既往の医療

今後の医療方針
（標準治療以外の治療を行う場合はその理由及びその他の意見を記入すること）

備考

平成　年　月　日

医療機関の所在地
医療機関の名称　（電話　－　－　）
医師の氏名　㊞

記入上の注意
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、その数字のみとする。)を○で囲むこと。
2　※印欄は、初回申告の場合のみ記入すること。
3　「結核菌検査」欄は、過去6月間に行った検査結果を記入すること。
4　「備考」欄は、(1)入院勧告に関する意見、(2)15歳以下の患者については既往のツベルクリン検査の成績及びBCG接種歴の有無、(3)その他参考となるべき事項を記入すること。

※(　)内は抗結核薬の数
薬品名は使用する抗結核薬を丸で囲む

※医療開始予定年月日が診断日、報告日、申請日より以前の日付の場合は、日付の新しいものが有効となる

※申請時に、患者が入院しているか通院治療なのか選択

※結核と診断した根拠となる所見や経緯等を記入

※現在、何か自覚症状が有る場合は、症状を記入

※薬剤感受性検査の結果が判明していれば、記入

※入院勧告に対する意見及びその他必要な事項について記入

※診断書を作成した医師の情報を入力、押印

（大分県東部保健所　検査課　診療放射線担当）
（平成27年11月25日作成）