

# 診 断 書

ふりがな		性別	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日																						
患者氏名		男・女	住所																							
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 腎障害 6 その他 ( ) } 2. なし																										
医 療 の 種 類	化学療法	1. 初 回 治 療	1. 抗結核薬 ( )	1 薬品名 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ	医療開始予定年月日 年 月 日																					
		2. 再 治 療		2 1.のうち局所療法に用いるもの ( )	入院年月日 年 月 日																					
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( )		申請時 入院・通院																					
	2. 結 核 性 膿 胸		4. 泌尿器結核																							
骨 関 節 結 核 の 装 具 療 法		3. 骨 関 節 結 核		5. その他																						
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	令和 撮影 年 月 日		学会分類	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)																					
				<table style="margin-left: 20px;"> <tr><td>r</td><td>l</td><td>b</td></tr> <tr><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H</td><td>Pl</td><td>Op</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td>0</td><td></td><td></td></tr> </table>	r	l	b	I	II	III	IV	V	1	2	3			H	Pl	Op					0	
r	l	b																								
I	II	III	IV	V																						
1	2	3																								
H	Pl	Op																								
		0																								
自覚症状		1. なし 2. あり ( )																								
結 核 菌 検 査	検体の種類																									
	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/TRC) / (+ -) 検体( )		最新のツ反																								
結核菌特異的インターフェロナー産生能 (QFT/T-SPOT) / 陽性・陰性 判定保留・判定不可		( 月 日注射、 月 日測定)																								
ADA 検体( ) / ADA値 リンパ球 IU/l %		発赤 mm 硬結 mm																								
初めて結核と診断された時期 年 月 頃		副反応 二重発赤・リンパ管炎 水疱・出血・壊死																								
菌陰性化の時期 年 月 頃		BCG接種歴 :無・有( 年 月頃)																								
結核に関する既往の医療		年 月 ~ 年 月 INH RFP SM EB PZA その他( )																								
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																										
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 ㊟																								

通院中  
入院中

**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、初回申請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。