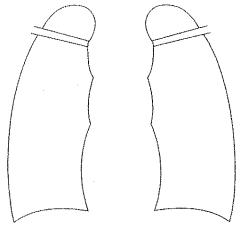


診 断 書

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 PAS CS DLM BDQ 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
		2. 再 治 療				
		3. 継 続	剤使用			
	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		平成 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)
				r 1 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
	培養 月/日	/ 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ン-γ産生能 (QFT/T-SPOT)		/	判定保留 陽性 ・ 陰性 判定不可		(月 日注射、 月 日測定)	
ADA 検体()		/	ADA値 IU/l	リンパ球 %	発赤 mm 硬結 mm 副反応 二重発赤 ・ リンパ管炎 水泡 ・ 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		水疱 ・ 出血 ・ 壊死		
菌 陰 性 化 の 時 期		年 月頃		BCG接種歴		
※		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						
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

- 該当する文字については、その文字(順数字があるときは、その数字のみとする。)を○で囲むこと。
- ※印欄は、初回申請の場合のみ記入すること。
- 「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。
- 「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。