

様式第27-2号														
診 断 書														
患者氏名				性別	男・女	生年月日	大・昭・平・令		年	月	日	歳		
患者住所	(〒 )					電話								
						添付エックス線写真の枚数	枚		カルテNo.					
病名	1. 肺結核 2. 肺外結核(部位 ) 3. 潜在性結核感染症 4. ( )													
合併症	<input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他( )													
治療内容	1. 初回治療	化学療法 抗結核薬	INH	RFP	PZA	EB	SM	LVFX	KM	経過	発病	年	月	日
	2. 継続治療		TH	EVM	RBT	PAS	CS	DLM	BDQ		初診	年	月	日
	3. 再治療		副腎皮質ホルモン剤(薬剤名: )						診断		年	月	日	
	外科的療法	1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核 4. 泌尿器結核 5. その他( )						過	医療開始	年	月	日		
手術予定(実施)日		年	月	日	収容	日間(術前)	日間(術後)	日間	器具療法	内容:				
期間	1. 治療を継続したい。(□終了予定 年 月 日、□未定) 3. 感染症診査協議会の意見を聞きたい。 2. この申請を最後として化学療法を終了する。(□終了予定 年 月 日、□未定)													
胸部エックス線写真			学会分類	病側 r l b 該当なし			その他の所見(肺外結核は、CT所見及びエックス線写真の略図・所見)							
			治療歴	病型 I II III H Pl Op IV V O										
				拡がり 1 2 3 該当なし			年 月 ~ 年 月 INH・RFP・PZA・EB・SM・他( )							
							年 月 ~ 年 月 INH・RFP・PZA・EB・SM・他( )							
結核菌検査	採取年月日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	
	塗抹	- ± + 2+ 3+ (号)			- ± + 2+ 3+ (号)			- ± + 2+ 3+ (号)			- ± + 2+ 3+ (号)			
	培養	- + 検査中			- + 検査中			- + 検査中			- + 検査中			
	核酸増幅法	- + 検査中 未実施			- + 検査中 未実施			- + 検査中 未実施			- + 検査中 未実施			
	同定	結核菌群・( )			結核菌群・( )			結核菌群・( )			結核菌群・( )			
	検査材料	喀痰・( )			喀痰・( )			喀痰・( )			喀痰・( )			
検耐性	実施日	年	月	日	INH ( )	INH ( )	RFP ( )	EB ( )	SM ( )	RBT ( )	( )	( )		
	(検査中 未実施)	<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐		<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐		<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐		<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐		<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐		<input type="checkbox"/> 感 <input type="checkbox"/> 耐		
副作用の有無(継続申請時記入)				無・有(肝障害 腎障害 白血球減少 末端神経障害 高尿酸血症 視力障害 聴力障害)										
I G R A 検査	年	月	日	実施	ツ 反 検査	年	月	日	判定	×	そ の 他	ADA:	IU/l	
	(陽性判定保留 陰性判定不可)					(発赤 硬結 水疱 壊死) ×				( × )		単核球(リンパ球):		
QFT ( IU/ml)				BCG歴				有(年 月 日) 無 不明		検体: <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 他( )				
T-SPOT ( スポット)														
備考														
※その他、申請の診査上必要な情報があれば記入														
令和 年 月 日														
医療機関の住所						電話								
医療機関の名称						医師の氏名								
※以下保健所記入欄														
年 月 日 診査				意見										
支障なし				支障あり				その他						