



<b>診 断 書</b>		患者氏名 _____				
病 名	1. _____ 2. _____ 3. _____					
合併症	1. じん肺 2. 糖尿病 3. 非結核性抗酸菌症 4. 低肺機能 5. 肝機能障害 6. 高血圧症 7. その他( _____ )					
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 INH RFP(RBT) PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS ◎DLM ◎BDQ (◎多剤耐性結核に限る)	※このうち局所療法に用いるもの ( _____ )		
		治療予定年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日( _____ か月治療)			
	外科的療法	1. 肺結核				
		2. 結核性膿胸				
		3. 骨関節結核	4 その他 _____			
		骨関節結核装具療法				
	手術予定年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	収 容	日間(術前 _____ 日間、術後 _____ 日間)				
現 症	胸部X線写真略図	結核病学会病型分類	その他の所見(肺外結核の場合は、そのエックス線写真など)			
		病 側: r l b 性 状: O I II III IV V H pl Op 拡がり: 1 2 3	_____			
菌 所 見	検体採取	種 類	塗 抹	培 養	備 考	
	_____ 年 _____ 月 _____ 日			個	※ 種類 1: 喀痰 2: 胃液 3: 喉頭粘液(吸引痰) 4: 気管支洗浄液 5: 経気管支肺生検 6: 尿 7: 膿 8: 穿刺液 9: 組織 10: その他( _____ ) ☆ 検査中、非結核性抗酸菌、PCR 等で検出の場合は、その旨を備考欄に記入してください。 ☆ 過去6か月間に行ったものを記入してください。	
	_____ 年 _____ 月 _____ 日			個		
	_____ 年 _____ 月 _____ 日			個		
	_____ 年 _____ 月 _____ 日			個		
	_____ 年 _____ 月 _____ 日			個		
	_____ 年 _____ 月 _____ 日			個		
	菌陰性化	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	検 査	薬 剤	治療開始時	_____ 年 _____ 月 _____ 日実施)		最 新( _____ 年 _____ 月 _____ 日実施)
		I N H		mcg/ml( 完・不完・感 )		mcg/ml( 完・不完・感 )
R F P			mcg/ml( 完・不完・感 )		mcg/ml( 完・不完・感 )	
S M			mcg/ml( 完・不完・感 )		mcg/ml( 完・不完・感 )	
E B			mcg/ml( 完・不完・感 )		mcg/ml( 完・不完・感 )	
IGRA 検査	( QFT ・ T-SPOT ) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( 陰性 ・ 陽性 ・ 判定保留 ・ 判定不可 )					
ツベルクリン反応検査等	最新ツ反結果	_____ 年 _____ 月 _____ 日 $\frac{\times}{\times}$ ( _____ ) (判定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)				
	ツ反陽転	有( _____ 年 _____ 月頃)・無・不明 BCG接種 有( _____ 年 _____ 月頃)・無・不明				
病理・細胞						
経 過	発病時期	_____ 年 _____ 月 _____ 日		診断時期	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
結核の既往歴がある場合	初めて診断された時期	_____ 年 _____ 月 _____ 日(医療機関名: _____ )				
	治療の既往歴	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	INH RFP SM EB PZA PAS	その他( _____ )	医療機関名( _____ )	
		_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月	INH RFP SM EB PZA PAS	その他( _____ )	医療機関名( _____ )	
令和 _____ 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 _____						