


診 断 書																																												
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	1 抗結核薬 () 剤使用																																									
		2 再治療	INH RFP SM EB KM このうち局所療法に用いるもの																																									
		3 継続	TH EVM PZA PAS CS RBT ()																																									
	2 副腎皮質ホルモン剤		薬品名()																																									
	医療開始予定年月日		年 月 日		入院年月日		年 月 日																																					
	外科的療法		1 肺結核 2 結核性膿胸 3 骨関節結核 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線写直略図  平成 年 月 日撮影		学会分類 病側: r l b 性状: 0 H pl Op 拡がり: 1 2 3		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)			申請は、当該診 査の参考となるエ ックス線検査及び CT検査等フィル ムの添付をお願い します。																																				
	菌所見 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>検体採取</th> <th>種類</th> <th>塗抹</th> <th>培養</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>号</td> <td>個</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										検体採取	種類	塗抹	培養	備考	年 月 日		号	個		年 月 日		号	個		年 月 日		号	個		年 月 日		号	個		年 月 日		号	個		年 月 日		号	個
検体採取	種類	塗抹	培養	備考																																								
年 月 日		号	個																																									
年 月 日		号	個																																									
年 月 日		号	個																																									
年 月 日		号	個																																									
年 月 日		号	個																																									
年 月 日		号	個																																									
検査	菌陰性化		年 月 日																																									
	薬剤耐性検査		薬剤 治療開始時(年 月 日実施)			最新(年 月 日実施)																																						
	INH		mcg/ml (完・不完・感)			mcg/ml (完・不完・感)																																						
	RFP		mcg/ml (完・不完・感)			mcg/ml (完・不完・感)																																						
	SM		mcg/ml (完・不完・感)			mcg/ml (完・不完・感)																																						
	EB		mcg/ml (完・不完・感)			mcg/ml (完・不完・感)																																						
			mcg/ml (完・不完・感)			mcg/ml (完・不完・感)																																						
	QFT検査		月 日 (陰性・陽性)																																									
	ツベルクリン反応検査等		最新ツ反結果 _____ (_____) _____ (判定日: 年 月 日) 判定: 陰性・弱陽性・中等度陽性・強陽性																																									
	ツ反陽転		有(年 月頃)・無・不明			BCG接種		有(年 月頃)・無・不明																																				
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()																																										
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 _____ 印 _____																																												