

# 診 断 書

|                       |  |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |
|-----------------------|--|---|--------------------------|-------------------------|--|--------------|--------------------|---------------------|--------|--------|
| フリガナ                  |  |   |                          | 性別                      | 男・女  | 生年月日         | 明 大 昭              | 年 ( ) 月 ( ) 日 ( ) 歳 |        |        |
| 患者氏名                  |  |   |                          |                         |  |              | 平 令                |                     |        |        |
| 診断名                   | 1  | 2   | 3                        |                         |  |              |                    |                     |        |        |
| 合併症名                  | 1 あり(塵肺 糖尿病 低肺機能 肝障害 高血圧症 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 ( ) 剤使用           |                         | 1 薬品名<br>INH RFP RBT SM<br>EB LVFX KM TH EVM<br>PZA PAS CS DLM |              |                    | 医療開始予定年月日<br>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<br>年 月 日      |        |        |
|                       | 3 継続   | 2 副腎皮質ホルモン 薬品名( )   |                          |                         |  |              | 退院(予定)年月日<br>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( )    |                    |                     |        |        |
|                       | 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   |  |                          | 学会分類                    |  |              | その他(XP・CT等)の所見     |                     |        |        |
|                       |  |   |                          | r                       | l  | b            |                    |                     |        |        |
|                       |  | I   | II                       | III                     | IV   | V            |                    |                     |        |        |
|                       |  | 1   | 2                        | 3                       |  |              |                    |                     |        |        |
|                       |  | 撮影日   | 年 月 日                    | H                       | pl   | OP           |                    |                     |        |        |
| 今後の治療方針               | (ア)標準治療:2HRZS(E)/4HR(E)、(イ)標準治療:6HRS(E)/3HR(E) ※(イ)はPZA使用不可の場合 |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |
|                       | 治療終了時期 年 月 日   |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |
|                       | 治療期間 ヶ月予定  |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |
|                       | 上記(ア)、(イ)の標準治療ができない場合は <b>治療内容</b> を記載してください(「結核医療の基準」をご参照下さい) |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |
|                       | 上記(ア)、(イ)の標準治療ができない <b>理由</b> を記載してください                        |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |
| 薬剤感受性検査結果             |  |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |
| 検体の種類                 |  | 1.喀痰<br>4.組織  |                          | 2.胃液<br>5.その他( )        |  | 3.気管支(肺胞)洗浄液 |                    | 薬品                  | 治療開始時  | 最新     |
| (該当番号を記載)             |  |   |                          |                         |  |              |                    | [mcg/ml]            | 年 月    | 年 月    |
| 結核菌検査                 | 検体採取日  | 月 日   | 月 日                      | 月 日                     | 月 日  | 月 日          | 月 日                | INH[0.2]            | 感受性 耐性 | 感受性 耐性 |
|                       | 結果判明日  | 月 日   | 月 日                      | 月 日                     | 月 日  | 月 日          | 月 日                | RFP[40]             | 感受性 耐性 | 感受性 耐性 |
|                       | 塗抹   | 号   | 号                        | 号                       | 号  | 号            | 号                  | SM[10]              | 感受性 耐性 | 感受性 耐性 |
|                       | 結果判明日  | 月 日   | 月 日                      | 月 日                     | 月 日  | 月 日          | 月 日                | EB[2.5]             | 感受性 耐性 | 感受性 耐性 |
|                       | 培養   | 個   | 個                        | 個                       | 個  | 個            | 個                  | KM[20]              | 感受性 耐性 | 感受性 耐性 |
| 核酸増幅法                 |  |   |                          | 結核特異的インターフェロγγ産生能(IGRA) |  |              |                    | TH[20]              | 感受性 耐性 | 感受性 耐性 |
| TB-PCR                | (実施日) 月 日  | (+ -)   | QFT /T-SPOT              |                         | (結果) 陽性 陰性   | PZA[ ]       |                    | 感受性 耐性              | 感受性 耐性 |        |
| ( )法                  | (実施日) 月 日  | (+ -)   | (実施日) 月 日                | その他( )                  |  | LVFX[ ]      |                    | 感受性 耐性              | 感受性 耐性 |        |
| 結核に関する既往の医療(再治療の場合のみ) | 年 月 ~ 年 月  |   | INH RFP SM EB PZA その他( ) |                         | [ ]  |              | 感受性 耐性             | 感受性 耐性              |        |        |
|                       | 年 月 ~ 年 月  |   | INH RFP SM EB PZA その他( ) |                         | [ ]  |              | 感受性 耐性             | 感受性 耐性              |        |        |
| 備考(主治医の意見等)           |  |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |
| 年 月 日                 |  |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |
| 医療機関の所在地              |  |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |
| 医療機関の名称 TEL ( )       |  |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |
| 医師の氏名 印               |  |   |                          |                         |  |              |                    |                     |        |        |

○記入上の注意

該当する文字については、その文字を○で囲んで下さい。