

診 断 書		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 SM EB KM TH _____ ※このうち局所療法に用いるもの EVM PZA PAS CS RBT LVFX (_____)				
		治療予定年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から平成 _____ 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 病 側: r l b 性 状: O I II III IV V 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。			
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日撮影						
検 査	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					
	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)	
		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)		
			_____ 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) ☆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		
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	_____ 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 _____						