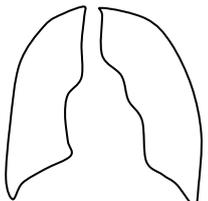


結核患者個人票										
病名		1.			2.			3.		
医療の種類	化学療法	区分	1. 初回治療	(1) 抗結核薬 () 剤使用			(2) 副腎皮質ホルモン剤	医療開始年月日		
			2. 再治療	INH RFP(RBT) PZA SM EB LVFX				年月日		
	3. 継続治療	KM TH EVM PAS CS DLM BDQ			(有・無)		入院開始年月日			
外科的療法	1. 肺	2. 肺外部位 ()	術式及び治療内容(骨・関節結核の装具療法を含む)			手術予定(実施)年月日		外科的療法に必要な収容期間		
			上記のうち局所療法に用いるもの ()			年月日		術前 日間 術後 日間		
既往歴	1. 結核 2. 糖尿病 3. 肝疾患 4. 腎疾患 5. 悪性腫瘍 6. 免疫系疾患 7. その他 ()						結核患者との接触	有・無・不明		
	結核に関する既往の治療(※1)	初めて結核と診断された時期(※1)	年 月 頃	菌陰性化の時期	年 月 頃	()				
		年 月 ~ 年 月	INH RFP PZA SM EB その他()							
	年 月 ~ 年 月	INH RFP PZA SM EB その他()								
現症			1. 医師の意見(今後の医療方針、その他の所見等)							
			2. 入院治療の必要性							
結核菌検査				抗酸菌同定検査検査法 ()			薬剤感受性検査成績			
実施日	塗抹(直接・集菌)	培養(固形・液体)	検体種類	年月日実施			菌株日	年月日		
月 日				検査結果	結核菌(M. tuberculosis)		薬剤名	濃度(μg/ml)	感受性	
月 日					陽性・陰性		INH	0.2	感 耐	
月 日					その他の抗酸菌菌名 () 陽性・陰性		RFP	40	感 耐	
月 日							SM	10	感 耐	
月 日							EB	2.5	感 耐	
月 日							LVFX	1.0	感 耐	
月 日				検査中		KM	20	感 耐		
月 日						TH	20	感 耐		
月 日						EVM	20	感 耐		
月 日						PAS	0.5	感 耐		
注) 初回時は3回連続、継続時は過去6ヶ月の検査結果を記入すること。							CS	30	感 耐	
年月日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名						感染症診査協議会結核分科会の意見(※2)				

記入上の注意

- 1 該当する文字については、その文字(頭数字があるときはその数字)を○で囲んでください。
- 2 ※1欄は初回申請時のみ記入してください。また、※2欄は記入しないでください。
- 3 ※3欄は申請書を両面印刷する場合は不要です。