

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		(有・無)		平成 年 月 日		
	3. 継続治療	LVFX KM TH EVM PAS CS DLM		薬品名		入院開始年月日		平成 年 月 日		
外科的療法	1. 外来治療 2. 入院治療 3. 入院延長治療		上記のうち局所療法に用いるもの ()		()		入院(再)延長年月日		平成 年 月 日	
							手術予定(実施)年月日		外科的療法に必要な 収容期間 日間	
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)		平成 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 有の場合の詳細 ()		
	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	 年 月 日		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	平成 年 月 日実施		菌株日	平成 年 月 日			
月 日				検 査 結 果	結核菌 (M. tuberculosis) 陽性・陰性		薬剤名	濃度 (μg/ml)	感受性	
月 日							INH	0.2 1	感	耐
月 日				結核菌以外の抗酸菌菌名 () 陽性・陰性			REP	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							KM	20	感	耐
月 日							TH	20	感	耐
月 日				検査中		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	
平成 年 月 日						感染症診査協議会結核分科会の意見(※2)				
医療機関の所在地										
医療機関の名称										
医師の氏名										

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。