

船橋市保健所長 様

医療機関所在地

医療機関名称

医師氏名

(署名又は記名押印をお願いします)

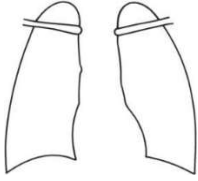


下記のとおり、感染症指定医療機関医療担当規程第8条に基づき、結核患者に係る患者情報を提供します。

カルテ No.		患者氏名				生年月日			
						年 月 日			

病名	1 2 3	合併症	治療開始日		年 月 日	
			入院日		年 月 日	

治療内容	初回治療 ・ 継続 ・ 再治療	化学療法	抗結核薬 () 剤	INH ・ RFP ・ EB ・ PZA ・ SM ・ LVFX ・ KM ・ TH ・ PAS ・ CS ・ RBT ・ DLM ・ BDQ				
			使用	うち局所療法に使用する薬剤 ()				
		外科的療法	副腎皮質ホルモン剤	薬剤名 ()				
			肺結核 ・ 結核性膿胸 ・ 骨関節結核 ・ 泌尿器結核 ・ その他 ()	手術 (予定 ・ 実施) 年 月 日 内容 ()				

胸部X線写真		学会分類	その他の所見 (肺外結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見)			

菌検査	連続喀痰検査 (検査結果を記入)				診断後菌検査	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	塗抹 G	号	- ・ ± ・ 1 + ・ 2 + ・ 3 +	月 日		検体	()	()	()
	G	号	- ・ ± ・ 1 + ・ 2 + ・ 3 +	月 日		塗抹	G 号	G 号	G 号
	G	号	- ・ ± ・ 1 + ・ 2 + ・ 3 +	月 日		(検査結果を記入)	- ・ ± ・ 1 + ・ 2 + ・ 3 +	- ・ ± ・ 1 + ・ 2 + ・ 3 +	- ・ ± ・ 1 + ・ 2 + ・ 3 +
	PCR	+ ・ -	月 日	培養		+ ・ -	+ ・ -	+ ・ -	

IGRA	検査方法	QFT ・ T-SPOT		耐性検査	実施日 年 月 日 (薬剤 [μg/ml])			
	実施日	年 月 日			INH [0.2]	RFP [40]	SM [10]	EB [2.5]
BCG	結果	陽性 ・ 判定保留 ・ 陰性		感 ・ 耐	感 ・ 耐	感 ・ 耐	感 ・ 耐	感 ・ 耐
	有 ・ 無 ・ 不明	結核の治療歴	有 ・ 無 ・ 不明		[]	[]	[]	[]
	年 月 日		年 月 日		感 ・ 耐	感 ・ 耐	感 ・ 耐	感 ・ 耐

ツベルクリン反応検査 (最新のもの)	実施日	年 月 日	発赤 mm	硬結 mm
	副反応	二重発赤 ・ リンパ管炎 ・ 水疱 ・ 出血 ・ 壊死		

備考	
----	--

- 記入上の注意
- 1 該当する項目を○で囲んで下さい。
 - 2 菌検査の記載は、検査結果に準じたものを記入して下さい。
 - 3 診断後に菌検査を実施した場合は、最新のものから左欄より記入して下さい。
 - 4 CT等がありましたら、一連の写真を添付して下さい。