

令和 7 年 11 月 3 日

船橋市保健所長 様

医療機関所在地 船橋市北本町△-△-△
医療機関名称 △△△病院
医師氏名 千葉 太郎
(署名又は記名押印をお願いします)

印

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			
123-4567		船橋 一二三		昭和 30 年 1 月 23 日			
病名	1	肺結核	合併症	肝機能障害	治療開始日		
	2	結核性胸膜炎		糖尿病	令和 7 年 11 月 3 日		
	3				入院日		
治療内容	初回治療	化学療法	抗結核薬 () 剤	INH・RFP・EB・PZA・SM・LVFX・KM・TH・PAS・CS・RBT・DLM・BDQ			
	継続・再治療		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 ()			
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)				
	r l b						
	I II III IV V O						
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	11 月 3 日		
	塗抹 G 号 ①・±・1+・2+・3+ 10 月 27 日		検体	(喀痰)	() ()		
	G 号 ①・±・1+・2+・3+ 10 月 28 日		塗抹	G 号	G 号		
IGRA	検査方法 QFT・T-SPOT		実施日	年 月 日			
	実施日		(薬剤 [μg/ml])				
	結果 陽性・判定保留・陰性		耐性検査	INH [0.2]	RFP [40]	SM [10]	EB [2.5]
BCG	有・無・不明		結核の治療歴	有・無・不明			
	年 月 日		年 月 日				
	ツベルクリン反応検査 (最新のもの)		実施日	年 月 日			
副反応		二重発赤・リンパ管炎・水疱・出血・壊死					
備考		2HREZ + 7HR 予定 肝機能障害のため治療薬変更の可能性あり					

記入上の注意

- 該当する項目を○で囲んで下さい。
- 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。
- 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。
- CT等がありましたら、一連の写真を添付して下さい。