結核患者医療費公費負担診断書

※欄は継続の場合にご記入願います。

氏　名		生 年 月 日	年　月　日(　歳)
住　所			
病　名			
治 療 方 針	1 化学療法のみでよい。(※あと何か月治療予定か。あと　か月)		
	2 一応化学療法を実施したうえで、その後の方針を決めたい。		
	3 外科的療法を実施したい。(化学療法では効果が期待できない。)		
	4 化学療法、外科的療法とも期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施したい。		
	5 その他(　)		
化学療法終了の時期	1 この申請を最後として化学療法を終了する。		
	2 治療をなお継続する必要がある。		
	3 次のように考えるが、感染症診査協議会委員の意見を聞きたい。(終了してよい、継続が必要、不明)		

医療の種類	化学療法	1 初回治療 2 再治療 3 継続 4 薬剤変更	1 抗結核薬 (　)剤使用 体重 (　)キログラム	1 薬品名(mcg/ml) INH(　) RFP(　) SM(　) EB(　) PZA(　) LVFX(　) TH(　) EVM(　) KM(　) PAS(　) CS(　) RBT(　) DLM(　) BDQ(　) 2 1のうち局所療法に用いるもの (　)	医療開始予定年月日 年　月　日 入　院　年　月　日 年　月　日
			2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名(　)	
	外科療法	1 肺結核			
		2 結核性膿胸			
		3 骨関節結核			
		4 泌尿器結核			
		5 その他			
	骨関節結核の装具療法				
	収容	日間(術前　日間　術後　日間)		手術予定(実施)年月日	年　月　日

現 症	胸部X線写真略図　年　月　日撮影	学会分類 r　l　b Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ 1　2　3 H　PI　Op	肺外結核の場合はそのX線写真略図及び所見 CTの有無　(有 ・ 無)　(　年　月　日撮影) CT所見 病理所見で結核と診断した場合は結果の写しを添付してください。

結核菌検査						※耐性検査			※培養同定検査
採取日 検体の種類	塗抹	※培養	採取日 検体の種類	塗抹	※培養	薬品(mcg/ml)	年 月	年 月	年　月　(　)
						INH[0.2]	感 耐	感 耐	
						RFP[40]	感 耐	感 耐	ツベルクリン反応検査(年 月 日)
						SM[10]	感 耐	感 耐	陰性　陽性　強陽性　×
						EB[2.5]	感 耐	感 耐	×
						PZA[　]	感 耐	感 耐	BCG接種歴
						(　)[　]	感 耐	感 耐	無　有 (　年　月　日頃)
						(　)[　]	感 耐	感 耐	IGRA検査(　年　月　日)
						(　)[　]	感 耐	感 耐	陰性　陽性　その他(　)

結核に関する既往の医療	年　月　日 ～　年　月　日　INH　RFP　SM　EB　PZA　その他(　)	
	年　月　日 ～　年　月　日　INH　RFP　SM　EB　PZA　その他(　)	

※継続治療理由		※薬剤中止期間	薬剤名	中　止　期　間	理　由
				年　月　日 ～　年　月　日	
				年　月　日 ～　年　月　日	
				年　月　日 ～　年　月　日	
				年　月　日 ～　年　月　日	

※ D O T S 状 況	なし　あり　外来DOTS ・ 来所DOTS ・ 訪問DOTS ・ 保健所の連絡確認 ・ その他(　)

年　月　日

医療機関の名称

医療機関の所在地

電　話　番　号

医 師 の 氏 名