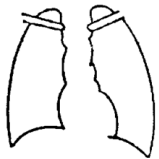


様式34 別紙

診 断 書														
氏名							性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	歳
病名	1.			2.			3.							
療 種 類	化 学 療 法	1 初回治療	1 抗結核薬 () 剤使用		1 薬品名 INH RFP RBT SM EB KM TH EVM PZA PAS CS LVFX DLM BDQ				医療開始予定年月日					
		2 再治療							年 月 日					
		3 継続	2 1のうち局所療法 () に用いるもの				入院年月日							
		2 副腎皮質ホルモン剤					薬品名 ()		年 月 日					
外 科 的 療 法	1 肺結核	1 肺虚脱療法 ()		2 空洞直達療法 ()		3 肺切除術 ()								
	2 結核性膿胸					4 泌尿器結核								
	3 骨関節結核					5 その他 ()								
骨関節結核の装具療法														
取 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		※※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	♠	I							II
		1		2		3								
		H		Pl		Op								
結 核 菌 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	薬 剤 感 受 性 検 査	薬品 [mcg/錠]		年 月 日	年 月 日		
	塗抹								INH [1]	感 ・ 耐	感 ・ 耐			
	培養	個	個	個	個	個	個		INH [0.2]	感 ・ 耐	感 ・ 耐			
	核酸増幅法								RFP [40]	感 ・ 耐	感 ・ 耐			
	検体の種類								S M [10]	感 ・ 耐	感 ・ 耐			
								E B [2.5]	感 ・ 耐	感 ・ 耐				
								() []	感 ・ 耐	感 ・ 耐				
								() []	感 ・ 耐	感 ・ 耐				
※ 初めて結核と診断された時期		年 月 頃	ツ反応陽転時期		年 月 頃	菌陰性の時期		年 月 頃	延長申請理由					
※ 結核に関する既往の医療		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月		INH	RFP	PZA	SM	PAS	その他 ()			
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月		INH	RFP	PZA	SM	PAS	その他 ()			
INH、RFP、PZAを使用しない場合またはその理由		① () に耐性があるため ② () に副作用があるため						※※感染症診査協議会の意見						
		③ 高齢のため④ その他 ()												
備 考		1 入院勧告の意見 ()						※※感染症診査協議会の意見						
		2 ツ反 (陰性 疑陽性 陽性 強陽性) BCG接種歴 (無有 (年 月頃))												
		3 IGRA (T-Spot・QFT) (年 月 日) (陽性 判定保留 陰性)						その他協議会意見						
		4 その他 ()												
実施した医療の概要、今後の医療の方針及び治療終了予定														
令和 年 月 日 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

- 該当する文字については、その文字 (頭文字があるときは、その数字のみとする。) を○で囲むこと。
- ※印欄は、初回申請の場合のみ記入すること。
- ※※印欄は、記入しないこと。
- 「結核菌検査」欄は、過去6カ月間に行った検査結果を記入すること。
- 「備考」欄は、①入院勧告に関する意見②15歳以下の患者については既往のツベルクリン検査の成績及びBCG接種歴の有無③IGRA検査の成績④その他参考となるべき事項を記入すること。なお、生保患者について入院を要する場合は、その理由を記入すること。
- 生活保護受給者の場合には、この診断書の写しを生活保護法による診療要否意見書又は結核入院要否意見書として福祉事務所が使用するので、診断書及びその写し各1通を保健所に提出すること。