様式　４６

**結核患者連絡票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名**  明治・大正・  昭和・平成・令和 ・　　・　　・生 | | | | | | | | **住所** | | | | | | | | | | | |  |
| **病　　　名** | | １ 　 ２　　 ３ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **検**  **査**  **所**  **見** | 胸部Ｘ線  検査所見 | 最終Ｘ線撮影日 令和 年 月　　日  検査結果（学会分類）  　　　　　※該当するものを○で囲んでください。 | | | | | | | | | | | | | 薬剤感受性検査 | | 実施・未実施 | | |
| 検査日 | | 年 月 日 | | |
| INH(１) | | 感　・　耐 | | |
|  | 部　位 | ｒ | | ｌ | | | | | ｂ | | |  | INH(0.2) | | 感　・　耐 | | |
| 性　状 | Ｏ | Ⅰ | Ⅱ | | | Ⅲ | | Ⅳ | | Ⅴ | RFP(40) | | 感　・　耐 | | |
| Ｈ | | Ｐｌ | | | | | Ｏｐ | | | SM(10) | | 感　・　耐 | | |
| 広がり | １ | | ２ | | | | | ３ | | | EB(2.5) | | 感　・　耐 | | |
| 分類の詳細：裏面参照 | | | | | | | | | | | | | (　　　) | | 感　・　耐 | | |
| (　　　) | | 感　・　耐 | | |
| 結核菌  検　査 |  | | 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 |  |
| 塗抹 | |  | | |  | | | | |  | | | |  | |  |
| 培養 | | 個 | | | 個 | | | | | 個 | | | | 個 | | 個 |
| 検体の種類 | |  | | |  | | | | |  | | | |  | |  |
| 核酸増幅法 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |  | | |
| **現**  **状** | ※該当するものを○で囲んでください。  １ 治療中 （１） 入院中 （２） 外来治療中  使用抗結核薬・・・INH RFP SM EB KM TH RBT EVM  PZA PAS CS LVFX DLM BDQ その他（　　　）  ２ 経過観察  　（１）経過観察中　　　年　　月　　日から（　　ヶ月ごと）  （内服終了日　　　年　　月　　日）  　（２）経過観察終了　　　年　　月　　日  ３ 治療中断 年 月　　日から（理　由：　　　　　　　　　　　　）  ４ 転　医 年 月　　日　　 （転医先：　　　　　　　　　　　　）  ５ 病名変更 年 月 日 　 （病　名： ）  ６ 死　亡 　 年 月 日　 （死　因： ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○次回感染症法第３７条の２申請の要否 | | | | | | | | | | 要（　　年　　月　　日）・否 | | | | | | | | | |
|  |  |
| ○管理上参考となることをご記入ください。　（例：一般病棟に転棟　など） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （医療機関名） （主治医名）    （記入年月日：　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |

　登録番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（　　　　保健所）

**結核病学会病型分類**

部位

|  |  |
| --- | --- |
| ｒ | 右側のみに病変のあるもの。 |
| ｌ | 左側のみに病変があるもの。 |
| ｂ | 両側に病変のあるもの。 |

性状

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ｏ |  | 病変が全く認められないもの。 |
| Ⅰ | 広汎空洞型 | 空洞面積の合計が拡がり（後記）を越し、肺病変の拡  がりの合計が一側肺に達するもの。 |
| Ⅱ | 非広汎空洞型 | 空洞を伴う病変があって、上記Ⅰ型に該当しないもの。 |
| Ⅲ | 不安定非空洞型 | 空洞は認められないが、不安定な肺病変があるもの。 |
| Ⅳ | 安定非空洞型 | 安定していると考えられる肺病変のみがあるもの。 |
| Ⅴ | 治癒型 | 治癒所見のみのもの。 |
| Ｈ | 肺門リンパ節腫脹 |  |
| Ｐｌ | 滲出性胸膜炎 |  |
| Ｏｐ | 手術のあと |  |

広がり

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 第２肋骨前端上縁を通る水平線以上の肺野を面積を越えない範囲。 |
| ２ | １と３の中間。 |
| ３ | 一側肺野面積を越えるもの。 |

●　判定に際しての約束

（１）判定に際し、いずれに入れるか迷う場合には、次の原則によって割り切る。

　　　ⅠかⅡかはⅡ、ⅡかⅢはⅢ、ⅢかⅣはⅢ、ⅣかⅤはⅣ

（２）部位、拡がりの判定は、Ⅰ～Ⅳ型に分類しうる病変について行い、治癒所見は除外して判定する。

（３）特殊型については、 拡がりはなしとする。

● 記載の仕方

（１）部位、性状、広がりの順に記載する。

（２）特殊型は、部位、性状を付記する。特殊型のみのときは、その部位、性状のみを記載すればよい。

（３）Ⅴ型のみのときは部位、拡がりは記載しないでよい。