様式３４　別紙　　　　　この図形をコピーして使用してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 診　　　　　　　断　　　　　　　書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | 性　別 | | | 男・女 | | | | | 生年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | 歳 | |
| 病　名 | | １．　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ２．　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ３． | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医  療  の  種  類 | 化  学  療  法 | １　初回治療  ２　再治療  ３　継　　続 | | | 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  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 | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | ※※　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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 年　月　日 | | | | 年　月　日 |
| 塗 抹 | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | ＩＮＨ　〔 １ 〕  ＩＮＨ　〔0.2 〕  ＲＦＰ　〔 40 〕  Ｓ　Ｍ　〔 10 〕  Ｅ　Ｂ　〔2.5 〕  （　　） 〔 〕  （　　） 〔 〕 | | | | 感　・　耐  感　・　耐  感　・　耐  感　・　耐  感　・　耐  感　・　耐  感　・　耐 | | | | 感　・　耐  感　・　耐  感　・　耐  感　・　耐  感　・　耐  感　・　耐  感　・　耐 |
| 培 養 | | | 個 | | | | 個 | | | 個 | | | | | 個 | | | | 個 | | | | | 個 |
| 核酸増幅法 | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  |
| 検体の種類 | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  |
| ※　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 | | | | | | | 菌陰性化  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　　　ＩＮＨ　　　ＲＦＰ　　　ＰＺＡ　　　ＳＭ　　　ＰＡＳ　　　その他（　 ）  　　　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  ③　高齢のため④　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※※感染症診査協議会の意見 | | | | | |  |
| 判定 | | 承認（　　）ヶ月　・　不承認 | | | |
| 備　　　　考 | | | | １　入院勧告の意見　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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 ）  ４　その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | その他協議会意見 | | | | | |  |
|
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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

　１　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。）を〇で囲むこと。

　 　２　※印欄は、初回申請の場合のみ記入すること。

　　　　３　※※印欄は、記入しないこと。

　　　　４　「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。

５　「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。

　　　　６　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。