


(様式9)

結核患者診断書													
年 月 日			医療機関の名称 _____										
医師の氏名 _____						印 _____							
患者氏名					性別	男女	生年月日	明・大 昭・平					
診断名	1 肺結核		2 その他の結核 ( _____ )				3 潜在性結核感染症						
治療開始日	年 月 日			治療計画	年 月 日まで								
現 症 状	発熱 ( _____ ℃)		咳 ( _____ )		痰 ( _____ )		胸痛		呼吸困難				
その他 ( _____ ) (※症状が有る場合は、○で囲んでください)													
合併症	糖尿病		H I V		肝機能障害		その他 ( _____ )						
胸部 X 線 画 像 所 見					胸部 C T 画 像 所 見								
	年 月 日撮影												
撮影している場合、胸部X線・胸部CT所見も御記入ください。													
化学療法	1 抗結核薬		I N H    R F P ( R B T )    E B    S M    P Z A その他 ( _____ )										
	2 副腎皮質ホルモン剤 (薬品名: _____ )												
外科的療法	部位・術式療法等		部位 ( _____ )    術式 ( _____ )										
	手術予定 (実施) 日		年 月 日										
	収 容 期 間		日間 (術前 _____ 日前、術後 _____ 日間)										
骨関節結核 の装具療法	装具の名称												
	収容期間		年 月 日 ~ 年 月 日										
結核菌検査	月/日	/	/	/	/	/	/	薬 剤 感 受 性 試 験		薬品名 [mcg/ml]		年 月 日	
	検体									I N H [ ]	感	・	完
	塗沫									R F P [ ]	感	・	完
	培養									E B [ ]	感	・	完
	同定									S M [ ]	感	・	完
								P Z A [ ]	感	・	完		
								( ) [ ]	感	・	完		
								( ) [ ]	感	・	完		

※ 記入上の注意：継続の場合は、前回診査協議会後に判明した培養検査結果についてもご記入ください。