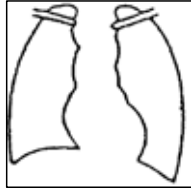


結核患者医療費公費負担診断書

欄は継続の場合にご記入願います。

氏名		生年月日		M T S H 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 月)													
		2 一応化学療法を実施したうえで、その後の方針をきめたい。													
		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、外科的療法とも効果が期待できないが、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 抗結核薬 () 剤使用		1 薬品名 INH RFP SM EB PZA TH EVM KM PAS CS		医療開始予定年月日 年 月 日									
		2 1のうち局所療法に用いるもの ()		2 薬品名()		入院年月日 年 月 日									
		2 副腎皮質ホルモン剤													
	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		肺外結核の場合はそのX線写真略図及び所見										
			r l b 1 2 3 H Pl Op		CTの有無 (有・無) (年 月 日撮影) CT所見										
結核菌検査						耐性検査			培養同定検査						
塗抹		培養		塗抹		培養		薬品(mcg/ml)		年月		年月		年 月 ()	
1日目		月		月		月		INH [0.2]		感完		感完			
2日目		月		月		月		RFP [40]		感完		感完		ツベルクリン反応検査(年 月 日)	
3日目		月		月		月		SM [10]		感完		感完		陰性 陽性 強陽性 ×	
月		月		月		月		EB [2.5]		感完		感完		×	
月		月		月		月		() []		感完		感完		B C G 接種歴	
月		月		月		月		() []		感完		感完		無 有 (年 月 日頃)	
結核に関する既往の医療		年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		INH RFP SM EB PZA		その他()							
		年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		INH RFP SM EB PZA		その他()							
継続治療の理由				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									
DOTS 状況		なし あり		外来DOTS・保健所の連絡確認・その他()											

平成 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

印