

【記載方法】 診断書（北九州市 結核用）

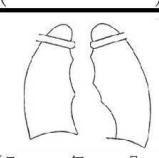
※法第37条の2に基づく公費の場合、保健所の書類受領日以降が公費の開始日となります。日にちを遡ることはできませんので、ご注意ください。

※投薬内容が変更になる場合、新たな処置や手術をする場合は、改めて申請が必要です。

※診断書提出時は、3ヶ月以内に撮影したレントゲンX線写真をご提出ください。

様式第7号

診 断 書 （ 北 九 州 市 結 核 用 ）

患者氏名	北九 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	明・大 平・令	<input checked="" type="radio"/> 昭	15年 1月 1日	79歳			
病名	1	2	3									
合併症	1 塵肺 2 糖尿病 3 低肺機能 4 肝障害 5 高血圧症 6 関節リウマチ 7 腎疾患 8 その他()											
医療法の種類	化学療法	1 初回治療 2 再治療 3 継続	1 抗結核薬 () 剤使用 (2)(1)のうち局所療法に用いるもの ()	(1)薬品名 INH RFP RBT PZA SM EB LVFX KM TH EVM PAS CS DLM BDQ	医療開始予定年月日 年 月 日 入院年月日 年 月 日							
	外科的療法	1 肺結核 2 結核性膿胸 3 骨関節結核 4 その他 ()	2 副腎皮質ホルモン剤 薬品名 () 術式及び治療内容(骨関節結核の装具療法)		収容期間	術後 日間						
現症	胸部X線写真略図 		学会分類 r l b I II III IV V 1 2 3 H Pl Op	その他の所見(肺外結核の場合はそのX線写真略図、胸膜炎の場合は胸水等の所見)								
	撮影日 年 月 日		薬剤感受性試験 検体採取日 年 月 日									
抗酸菌(結核菌)検査等	検体採取日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	培養後の同定検査	薬品(mcg/ml)	感・耐	
	結果判明日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	検体採取日	INH [0.2]	感・耐	
検査等	塗抹								結核菌(M. tuberculosis)	INH [1.0]	感・耐	
	培養								陽性	RFP [40]	感・耐	
検査等	核酸増幅法(TB-PCR)	+							陰性	SM [10]	感・耐	
	検体種類								検査方法	EB [2.5]	感・耐	
検査等	1 喀痰 2 喉頭粘液等 3 胃液 4 気管支・肺胞洗浄液 5 穿刺液 6 膿・滲出液 7 尿 8 組織 9 その他()								DDH	PZA []	感・耐	
									キャピアTB	LVFX []	感・耐	
検査等	IGRA	QFT	年 月 日	陽性	判定保留	陰性	判定不可	T-spot	年 月 日	CS []	感・耐	
	ツ反(最新)	年 月 日	陰性	陽性	強陽性(発赤長径 mm)	二重発赤	硬結	水泡	壊死	[]	[]	感・耐
検査等	ADA	年 月 日	検体()	()	U/L	年 月 日	検体()	()	U/L	[]	[]	感・耐
	結核に関する既往の医療	年 月 ~ 年 月	INH	RFP	EB	PZA	SM	その他()		[]	[]	感・耐
備考	初回申請時のみ記入	年 月 ~ 年 月	INH	RFP	EB	PZA	SM	その他()		[]	[]	感・耐
	化学療法中断の有無およびその理由	副作用等による薬の中断・変更、その他特記事項を記載してください。										
令和 元 年 5 月 20 日	医療機関の所在地		北九州市小倉北区△△-〇〇-□□									
	医療機関の名称		□□病院		TEL 093 (***) ****							
	医師の氏名		〇〇 □□□		印							

「医療開始予定年月日」＝「今回の公費の開始日」です。
例)8月末期限の患者票があり、9月以降の継続申請をする場合は9月1日となります。

過去6ヶ月以内の検査結果を記載してください。

副作用等による薬の中断・変更、その他特記事項を記載してください。

記入上の注意

- 1 該当する文字については、その文字を〇で囲んでください。
- 2 「抗酸菌(結核菌)検査等」欄は、過去6か月間に行った検査結果をご記入ください。
- 3 医師の氏名が自署でない場合は、押印が必要です。

※ 法第37条の2に基づく公費は事前申請です。申請日にご確認ください。