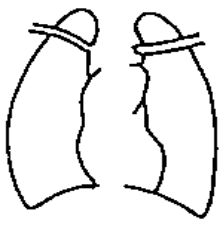
診　断　書

患者の氏名		性　別 生年月日	男 女　　年　　月　　日（　　歳）	住　所	
被保険者等の別	健保（本人・家族）　国保（一般・退職本人・退職家族）　船員（本人・家族）　共済（本人・家族）　後期高齢者医療制度　生保（受給中・申請中）　労災				
診断書、X線画像等をこの申請の診査を行うために必要な範囲において受診医療機関から提出してもらうことに対する患者の同意				**1　同意あり　　2　同意なし**	
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　薬品名　INH　RFP　PZA　S M　E B　LVFX K M　T H　EVM　PAS　C S　D L M その他（　　）	医療開始年月日	年　月　日
				入院開始年月日	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（　　）	手術実施年月日	年　月　日
		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				

現症	呼吸器症状等		
	胸部エックス線写真略図	学会分類	コメント（現病・発病の経過と診断根拠・今後の医療方針・その他診査に必要な事項等）
	年　月　日撮影 	r　l　b Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ 1　2　3 pl　H　OP	

検査結果	喀痰結核菌検査			血液検査		診断時の核酸増幅等、同定検査 検査法（　　法）		培養後の抗酸菌同定検査 検査法（核酸同定・ﾅｲｱｼﾝﾃｽﾄ）	
	実施日	塗抹	培　養	血沈(mm/h)	その他 （　　）	年　月　日実施　・未実施		年　月　日実施　・未実施	
	月　日			mm		結果	結　核　菌 (M.tuberculosis) 陽性　・　陰性	結果	結　核　菌 (M.tuberculosis) 陽性　・　陰性
	月　日			mm					
	月　日			mm			その他の抗酸菌 菌名 陽性　・　陰性		その他の抗酸菌 菌名 陽性　・　陰性
	月　日			mm					
	月　日			mm			検査中		検査中
	月　日			mm					
	検体の種類：喀痰　胃液　気管支洗浄液　髄液　その他（　　）								

結核に関する既往の医療	年　月～　年　月　ＩＮＨ　ＲＦＰ　ＥＢ　ＳＭ　ＰＺＡ　その他（　　） 年　月～　年　月　ＩＮＨ　ＲＦＰ　ＥＢ　ＳＭ　ＰＺＡ　その他（　　）			

薬剤感受性試験			
薬品〔μg/ml〕	年　月		
ＩＮＨ〔0.2〕	感受	不完全	完全
ＩＮＨ〔1.0〕	感受	不完全	完全
ＲＦＰ〔 40〕	感受	不完全	完全
Ｅ　Ｂ〔2.5〕	感受	不完全	完全
Ｅ　Ｂ〔5.0〕	感受	不完全	完全
Ｓ　Ｍ〔 10〕	感受	不完全	完全
ＰＺＡ〔 ―〕	感受	不完全	完全
〔　　〕	感受	不完全	完全

ツベルクリン反応検査等	ＩＧＲＡ検査
年　月　日実施	年　月　日判定
硬結径　二重発赤径 （　×　）　（　×　） （　×　） 発赤径	ＱＦＴ Nil値　IU/ml Mitogen-Nil値　IU/ml TB1-Nil値　IU/ml TB2-Nil値　IU/ml Ｔ－スポット パネルA抗原　スポット パネルB抗原　スポット 陰性コントロール　スポット
ＢＣＧ接種歴　無　・　有 （　　年　　月頃）	判　定 陽性・陰性・判定保留

年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医 師 の 氏 名　　印

備考

・　初回申請時は、検査結果欄に治療開始時の３連続喀痰検査の結果を記入すること。