

診断書(結核医療費公費負担申請用)											
フリガナ			性別	生年月日		年齢					
患者氏名			男 ・ 女	年	月	日					
患者住所											
Ⅰ. 病 名											
1.			2.		3.						
Ⅱ. 経 過											
発病時期	令和	年	月	日	初診日	令和	年	月	日	発見時 呼吸器症状 の有無	有 ・ 無
診断日	令和	年	月	日	今回の申請にか かる治療開始日	令和	年	月	日		
Ⅲ. 現在の受診状況											
(1) 1. 入院中(入院年月日 令和 年 月 日) 入院理由 (結核 ・ 結核外〔 〕) 2. 外来治療中											
(2) 合併症 1. じん肺 2. 糖尿病 3. 低肺機能 4. 肝障害 5. 高血圧症 6. その他()											
(3) 非結核性抗酸菌症 1. 有 2. 無											
菌検査	採取日: 令和 年 月 日 : 喀痰(塗抹・培養)、PCR、その他() ・ 無										
Ⅳ. 治療方法											
1. 化学療法のみでよい。											
2. 化学療法を実施した上で、その後の方針を決める。											
3. 外科的療法を実施する。(化学療法では効果が期待できない)											
4. 化学療法、外科的療法とも期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施する。											
5. その他()											
6. 令和 年 月 日(退院・治療完了)してよい。											
Ⅴ. 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. (終了可・要継続)と考えるが、結核部会の意見を聞きたい。 〔化学療法の開始日(年 月 日) 中断又は再治療の場合は再開日(年 月 日)〕											
Ⅵ. IGRA検査・ツベルクリン反応等											
(1) QFTゴールド (検査日 年 月 日)			(3) ツベルクリン反応 (判定日 年 月 日)								
測定値A IU/ml			硬結 × (二重発赤 ×)								
測定値M IU/ml			発赤 ×								
総合判定 陽性 ・ 陰性 ・ 判定不可			(4) BCG接種歴								
(2) T-SPOT検査 (検査日 年 月 日)			1. 有(年 月頃) 2. 無 3. 不明								
判定 陽性 ・ 陰性 ・ 判定保留			(5) 備考								
Ⅶ. 結核に関する既往医療											
(1) 今回の治療 1. ①初回治療 ②継続治療 2. 再治療* 3. 不明 *「再治療」とは、結核に対する化学療法を過去に1ヶ月以上受け、かつその治療終了後2ヶ月以上経過している者											
(2) 治療歴 年 月～ 年 月 INH・RFP・SM・EB・PZA・PAS・その他():医療機関名() 年 月～ 年 月 INH・RFP・SM・EB・PZA・PAS・その他():医療機関名() 年 月～ 年 月 INH・RFP・SM・EB・PZA・PAS・その他():医療機関名()											
(3) 初めて結核と診断された時期 年 月頃											

Ⅷ. 今回申請の医療等

(1)化学療法抗結核薬()剤使用

1. INH 2. RFP 3. PZA 4. SM 5. EB 6. LVFX 7. KM 8. TH 9. PAS

10. CS 11. RBT 12. DLM 13. BDQ 14. その他()

うち局所療法に用いるもの()

(2)副腎皮質ホルモン剤の使用 1. 有り(薬剤名) 2. 無し

(3)外科的療法

1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 泌尿器結核 4. 骨関節結核 5. その他()

・方法等[] ・手術予定日(令和 年 月 日)

・外科手術のための入院 日間(術前 日間～術後 日間)

Ⅸ. 検査

(1)菌所見

・検体の種類 1. 喀痰 2. 喉頭粘液等 3. 胃液 4. 気管支洗浄液 5. 穿刺液 6. 膿・浸出液 7. 尿 8. 組織・その他

・陽性はガフキー値又はコロニー数、陰性は(－)と古い順に記入してください

採取年月日	塗抹	培養	検体の種類	備考	採取年月日	塗抹	培養	検体の種類	備考
	号	個				号	個		
	号	個				号	個		
	号	個				号	個		

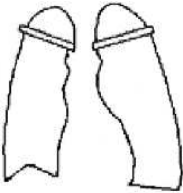
(2)菌陰性化時期:令和 年 月 日

(3)薬剤耐性試験成績

	治療開始時 (年 月)	最新 (年 月)
S M	μg/ml (感・不完・完)	μg/ml (感・不完・完)
INH	μg/ml (感・不完・完)	μg/ml (感・不完・完)
RFP	μg/ml (感・不完・完)	μg/ml (感・不完・完)
E B	μg/ml (感・不完・完)	μg/ml (感・不完・完)
	μg/ml (感・不完・完)	μg/ml (感・不完・完)
	μg/ml (感・不完・完)	μg/ml (感・不完・完)

Ⅹ. 最新のエックス線所見

(1)X線所見略図等 (3)所見



(2)撮影年月日

令和 年 月 日

(4)学会分類

部位	r	l	b	該当無し	
性状	I	II	III	pl	H
	op	IV	V	O	
拡がり	1	2	3	該当無し	

(5)その他所見 (CT・内視鏡等)

備 考 (入院に関する意見、その他参考となるべき事項)

記載日 令和 年 月 日

医療機関住所 電話 ()

医療機関名称 医師名

(注意事項)

結核部会意見