

(入院勧告患者情報提供書・初回)

令和 年 月 日

千葉県 保健所長 様

医療機関所在地

医療機関名称

医師氏名

印

(署名又は記名押印願います。)

下記のとおり、感染症指定医療機関医療担当規定第7条に基づき、結核患者に係る患者情報を提供します。

記

カルテ No, 患者氏名, 生年月日

病名 1. 2. 3. 合併症

当該申請における治療開始日: 令和 年 月 日 入院日: 令和 年 月 日

治療内容: 1. 初回治療 2. 継続. 化学療法: 抗結核剤 ( ) 剤使用. I NH・RFP・RBT・SM・EB・KM・TH EVM・PZA・PAS・CS. うち局所療法に使用する薬剤 ( ). 外科的療法: 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 ( ). 手術 ( 予定・実施 ) 年 月 日 ( 内容 : )

胸部X線写真: 学会分類. r l b. I II III IV V O. 1 2 3. H p l O P. 年 月 日撮影. その他の所見

菌検査: 診断時: 連続喀痰菌検査. 塗抹G 号 ( 月 日). G 号 ( 月 日). G 号 ( 月 日). PCR (-+) ( 月 日). 他検体 ( ). 塗抹G 号 ( 月 日). 培養 個/週 ( 月 日). PCR (-+) ( 月 日). 診断後: 実施日 月 日. 検体 喀痰・( ) 喀痰・( ) 喀痰・( ) 喀痰・( ) 喀痰・( ) 喀痰・( ). 塗抹 号 号 号 号 号 号. 培養 個/週 個/週 個/週 個/週 個/週 個/週. PCR - + - + - + - + - + - +.

※2 ツベルクリン反応検査 (最新のもの): 実施日 年 月 日. 発赤 × mm, 硬結 × mm. 耐性検査 (薬剤 [µg/ml]) 実施日 年 月 日. INH [0.2] 感・耐. RFP [40] 感・耐. SM [10] 感・耐. EB [2.5] 感・耐.

※3 QFT検査: 実施日 年 月 日. 陰性・判定保留・陽性. 陰性コントロール ( IU/mL). 刺激抗原 (Ag) ( IU/mL). 陽性コントロール ( IU/mL). PZA [ ] 感・耐. RBT [ ] 感・耐. [ ] 感・耐. [ ] 感・耐.

※4 BCG歴: 1. 有 (S・H・R 年 月) 2. 無 3. 不明. ※5 結核の治療歴: 治療歴 (無・有). S・H・R 年 月~ 年 月 ( ). S・H・R 年 月~ 年 月 ( ).

備考

申請上の注意

- 1. 該当する項目又は数字を○で囲んでください。
2. CT等がありましたら、一連の写真を添付してください。
3. 菌検査欄は、過去6ヶ月間に実施した検査結果を記入してください。
4. 診断後の菌検査結果については、最新のものから左側より記入してください。
5. ※1・※2は、実施した場合は記入してください。