

## 結核患者診断書

平成 年 月 日

医療機関の所在地 \_\_\_\_\_

医療機関の名称 \_\_\_\_\_

医師の氏名 \_\_\_\_\_ (印)

患者氏名		性別・生年月日	男 明・大 女 昭・平	年 月 日
------	--	---------	----------------	-------

住 所 \_\_\_\_\_

保険者等 の 種 類	健保 (本人・家族)      国保 (一般・退職本人・退職家族)
	生保 (保護受給中・保護申請中)      その他 (                      )

老人保健法による医療の受給資格      無 ・ 有 (                      年                      月から)

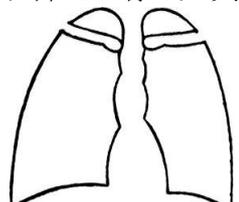
診 断 名	1                                      2                                      3
-------	---

治療区分	1 初回治療                      2 再治療                      3 継続
------	---

結核の 既往歴	年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月	INH RFP SM EB PAS INH RFP SM EB PAS INH RFP SM EB PAS	その他 (                      ) その他 (                      ) その他 (                      )
------------	----------------------------------	---	--

治療開始日	平成 年 月 日	入院年月日	平成 年 月 日
-------	----------	-------	----------

治療計画      平成 年 月 日まで

<p style="text-align: center;">胸 部 X 線 写 真</p>  <p style="text-align: center;">平成 年 月 日撮影</p>	<p>患者の症状等</p> <hr/> <p>その他の所見</p>
--	-----------------------------------

化学療法	1 抗結核薬 (                      ) 剤使用	INH RFP SM EB PAS TH EVM PZA CS 局所療法に用いるもの (                      )
	2 副腎皮質ホルモン剤 (薬品名:                      )	

外科的療法	部位・術式療法等	部位 (                      ) 術式 (                      )
-------	----------	---

手術予定 (実施) 日	平成 年 月 日
-------------	----------

収 容 期 間	日間 (術前                      日間、術後                      日間)
---------	--

骨関節結核の装具療法 \_\_\_\_\_

結核菌検査	月/日	/	/	/	/	薬剤耐性検査	薬品名 [mcg/ml]	年 月
	種別						INH [                      ]	感 感
	塗沫						RFP [                      ]	
	培養						SM [                      ]	
	同定						EB [                      ]	
					(                      ) [                      ]			