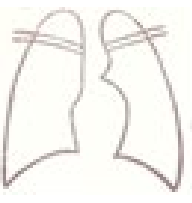


感染症指定医療機関医療担当規程第 8 条に基づく意見書（診断書）

年 月 日

横浜市保健所長

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 3 8 条第 3 項の規定に基づき、感染症指定医療機関医療担当規程第 8 条に定めるところにより意見書（診断書）を提出します。

ふりがな 患者氏名				性 別 生年月日	男・女 年 月 日	住 所 電話番号	()		
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) 生保(受給中・申請中)					1 入院(結核・結核以外)		
		後期高齢者医療保険 その他() 不明					2 外来		
病 名		1 2 3		医療開始年月日					
合 併 症		1 2 3		年 月 日					
糖尿病の有無		なし・あり	最新 検査値	血糖値() 月 日実施		法第 19 条に基づく入院年月日			
				HbA1c() 月 日実施		年 月 日			
医療の 種類	化学療法	1 初回治療		1 抗結核薬 薬品名() 剤使用 INH RFP EB PZA SM LVFX RBT KM TH EVM PAS CS DLM BDQ					
		2 再治療		2 1のうち局所療法に用いるもの()					
		3 継続		3 副腎皮質ホルモン剤 薬品名()					
	外科的 療法	1 肺結核 (肺虚脱療法・空洞直達療法・肺切除術)			手術予定(実施)年月日				
		2 結核性膿胸		3 骨関節結核		年 月 日			
		4 泌尿器結核		5 その他()		収容			
骨関節結核の装具療法 ()			日間(術前 日間、術後 日間)						
現 症	 胸部X線写真略図 年 月 日撮影 (申請前 3 か月以内有効)			学会分類		その他CT等の所見、略図等			
				(部位) r l b					
				(性状) I II III IV V O					
				(拡がり) 1 2 3					
				(その他) H Pl Op					
結核菌 検査	検体採取 年/月/日	/ /	/ /	/ /	/ /	感受性 検査	薬品 (μg/ml)	年/月/日 / /	年/月/日 / /
	検体	喀痰・胃液 他()	喀痰・胃液 他()	喀痰・胃液 他()	喀痰・胃液 他()		INH[]	感受性・耐性	感受性・耐性
	塗抹						RFP[]	感受性・耐性	感受性・耐性
	PCR						SM[]	感受性・耐性	感受性・耐性
	培養	＋・－ 検査中	＋・－ 検査中	＋・－ 検査中	＋・－ 検査中		EB[]	感受性・耐性	感受性・耐性
ツベルクリン反応検査		$\frac{x}{x}$ (x) 水疱・壊死 (月 日判定) ・ 未実施							
IGRA検査		検査方法 QFT ・ T-spot ・ その他() 陰性・判定保留・陽性・判定不能 (月 日実施) ・ 未実施							
今後の治療方針		1 治療継続 ・ 2 治療終了予定 (年 月 日頃)							
診断や治療内容 治療終了時期 副作用有無 等									
医療機関所在地・電話番号									
医 療 機 関 名 称									
医 師 氏 名									

※結核患者については、太枠以外も必ず記入してください。