

【個人番号等の確認書類】

番号確認	申請者のマイナンバーが確認できる書類 (例) ☐ 個人番号通知カード ☐ 個人番号付き住民票 ☐ 個人番号カード(裏面)
本人確認	本人の身元確認ができるもの (例) ☐ 個人番号カード(表面) ☐ 被保険者証 ☐ 運転免許証 ☐ その他 ☐ 障害者手帳 ()



診 断 書										患者氏名		
病 名		1.		2.		3.						
合併症		1. じん肺 2. 糖尿病 3. 非結核性抗酸菌症 4. 低肺機能 5. 肝機能障害 6. 高血圧症 7. その他()										
医 療 の 種 類	化学療法	1. 初回治療		1. 抗結核薬 () 剤使用				※このうち局所療法に用いるもの ()				
		2. 再 治 療		INH RFP(RBT) PZA SM EB LVFX KM TH								
		3. 継 続		EVM PAS CS								
	治療予定年月日		年 月 日から		年 月 日(か月治療)							
	外科的療法	1. 肺結核						4 その他				
		2. 結核性膿胸										
		3. 骨関節結核										
骨関節結核装具療法												
手術予定年月日		年 月 日										
収 容		日間(術前		日間、術後		日間)						
現 症	胸部X線写真略図		結核病学会病型分類		その他の所見(肺外結核の場合は、そのエックス線写真など)				※申請は、当該診査の参考となるエックス線検査及びCT検査等フィルムの添付をお願いします。			
			病 側: r l b 性 状: O I II III IV V H pl Op 拡がり: 1 2 3									
検 査	菌 所 見	検体採取	種 類	塗 抹	培 養	備 考	※ 種類 1: 喀痰 2: 胃液 3: 喉頭粘液(吸引痰) 4: 気管支洗浄液 5: 経気管支肺生検 6: 尿 7: 膿 8: 穿刺液 9: 組織 10: その他() ☆ 検査中、非結核性抗酸菌、PCR 等で検出の場合は、その旨を備考欄に記入してください。 ☆ 過去6か月間に行ったものを記入してください。					
		年 月 日			個							
		年 月 日			個							
		年 月 日			個							
		年 月 日			個							
		年 月 日			個							
		年 月 日			個							
	菌 陰 性 化	年 月 日										
	薬 剤 耐 性 検 査	薬 剤	治療開始時	年 月 日実施)			最 新(年 月 日実施)					
		I N H	mcg/ml(完・不完・感)			mcg/ml(完・不完・感)						
		R F P	mcg/ml(完・不完・感)			mcg/ml(完・不完・感)						
		S M	mcg/ml(完・不完・感)			mcg/ml(完・不完・感)						
		E B	mcg/ml(完・不完・感)			mcg/ml(完・不完・感)						
	IGRA 検査	(QFT ・ T-SPOT) 年 月 日 (陰性 ・ 陽性 ・ 判定保留 ・ 判定不可)										
	ツベルクリン反応検査等	最新ツ反結果	年 月 日 $\frac{\times}{\times}$ ($\times$) (判定日: 年 月 日) ☆判定: 陰性 ・ 弱陽性 ・ 中等度陽性 ・ 強陽性									
ツ反陽転		有(年 月頃)・無・不明		BCG接種		有(年 月頃)・無・不明						
病理・細胞												
経 過	発病時期	年 月 日			診断時期	年 月 日						
結核の既往歴がある場合	初めて診断された時期	年 月 日(医療機関名:)										
	治療の既往歴	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()						
令和 年 月 日												
医療機関の所在地												
医療機関の名称 電話												
医師の氏名												