

結核菌検査結果報告書
(結核患者の治療状況届)

年 月 日

岡山県知事 殿

報告者 医療機関名：

医師名：

感染症法第37条及び37条の2の規定による、医療費公費負担申請にかかる菌検査結果及び治療状況等を報告します。

患者氏名		公費負担医療 の受給者番号	
患者住所		患者票の 有効期間	～ 年 月 日 年 月 日
病名		合併症	

I 菌検査結果

1 最近の所見

検査月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
検体種類※						
塗 沫						
培 養						

※ 菌検査の検体種類は次の番号を記入してください。

①喀痰 ②咽頭粘液等 ③胃液 ④気管支洗浄液 ⑤尿 ⑥穿刺液 ⑦膿・浸出液 ⑧組織 ⑨その他()

2 最後に菌陽性であった年月 年 月

3 菌同定検査結果 年 月

菌種類 ・結核菌 [検査方法：ナイアシテスト ・核酸増幅法 ・その他()]
・その他の抗酸菌 ()

4 最終の薬剤感受性試験結果	年 月
INH [] (感性・耐性)	PZA (感性・耐性)
RFP (感性・耐性)	(感性・耐性)
SM (感性・耐性)	(感性・耐性)
EB (感性・耐性)	(感性・耐性)

II 治療状況

- 1 継続治療が必要
 - ・治療中
 - ・治療中断(放置) [最終受診 年 月 日]
 - 理由 ()
- 2 治療終了 [年 月 日]
 - ・治癒 (要経過観察)
 - ・転症 (病名:)
 - ・死亡 (病名:)
 - ・その他 ()

III X線検査結果

現 症	胸部 X 線 写 真 略 図 年 月 日撮影	学 会 分 類	<u>C T 検査</u>
		r l b I II III IV V 1 2 3 H P Op	<所見> 年 月 日撮影

IV 主治医の意見

※この届けは、患者票に記載している有効期限内の菌検査結果及び有効期間終了時等の状況について報告するものです。

なお、副作用のその他の理由により治療期間中に中断等があった場合もその状況等について報告願います。