

結核定期病状調査実施要領

1 目的

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53条の13に基づき、結核登録者のうち、公費負担医療、管理検診により病状把握の困難な者について、医療機関等から登録者の病状等を把握することにより、訪問指導等の結核対策の迅速化、円滑化を図り、もって結核の再発や二次感染の防止を図ることを目的とする。

2 実施体制

結核定期病状調査の総合的かつ円滑な推進を図るため、各区役所・支所は、医療機関から結核登録者の病状情報を入手し、患者管理を行う。

3 対象者及び調査回数

(1) 対象者

対象者は結核登録者の中で次のいずれかに該当する者のうち、各区役所・支所等における検診等で病状が把握できない者とする。

ア 医療費の公費負担申請を行っていない者

イ 医療費の公費負担申請が終了した後、再申請を行わなかった者

ウ その他治療中断が考えられる者

エ 管理検診対象者

(2) 調査回数

前項については概ね6箇月ごとに病状調査を実施する。

4 実施方法

(1) 各区役所・支所等は、対象者を選定し、対象者が直近に受療又は受診した医療機関に対し、結核定期病状調査報告書（第1号様式）により病状を照会する。

(2) 各区役所・支所等は、医療機関から提出された結核定期病状調査報告書の情報を、結核登録者情報システムへの入力や結核登録票（ビジブル）に記載したうえで、結核サーベイランス等に活用し、患者管理を行う。

5 事業協力謝礼

医療衛生企画課は、結核定期病状調査報告書1件につき3,000円（内税）を医療機関の指定する口座に支払う。

6 その他

この要領に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附則

この要領は、平成 8年4月1日から施行する。

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

この要領は、令和 元年5月1日から施行する。

従前の様式による用紙は、当分の間、これを使用することができる。

この要領は、令和 3年4月1日から施行する。

結核定期病状調査依頼書

主治医

病院・医院
先生

年 月 日

医療衛生企画課

担当：

〇〇区役所・支所健康長寿企画課

担当保健師：

電話：

下記の方について結核管理上必要ですので、各事項について御記入の上、〇〇区役所・支所健康長寿推進課宛に御返送ください。

この報告につきましては、情報提供料として1件につき3,000円お支払いします。(ただし、受診なし等で内容の記載がない場合などを除きます。)なお、〇〇区役所・支所健康長寿推進課において把握している最終情報は、次のとおりです。(年 月 日現在)

氏名			生年月日	年 月 日	
住所	(学区) 京都市		(電話：)		
診断名					
合併症					
菌検査	検査年月	年 月 日	塗抹		培養
	最終菌陽性	年 月 日			
治療状況	入院・通院・往診・中断・治療終了(中止)(年 月 日より)・不明				
	投薬状況				
	X線所見	年 月 日撮影	受診医療機関	貴院 その他()	
その他					

以下、貴院での最終受療状況を御記入願います。

結核定期病状調査報告書

1 病状

診断名	
合併症	

2 医療の状況

現在の受療状況	ア 現在結核治療中	イ 現在結核の治療は行っていない	ウ その他
---------	-----------	------------------	-------

ア 現在結核治療中

治療内容	化学療法	INH・RFP・SM・EB・PZA・LVFX・その他()
		【INH・RFP・SM・EB・PZA・LVFX・その他()】
	1 入院中	4剤標準治療未実施理由：1 高齢のため 2 副作用のため 3 薬剤耐性のため 4 その他()
2 通院中	外科療法	実施済・実施予定(年 月 日) 術式内容()

(注) 過去6か月以内に、治療内容に変更があった場合は、【 】に変更前の治療内容を記入してください。

イ 現在結核の治療は行っていない

投薬終了(中止)年月日	年 月 日	最終診療年月日	年 月 日
転帰	治療、軽快、不変 増悪、死亡、休薬 中断、放置、転医 軽症、経過観察中	指導内容	

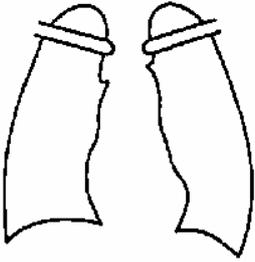
(注) 指導内容欄には、転帰内容について、最終診療時の指導内容を記入してください。転帰の状況により、転院先・死因等を指導内容欄に、その年月日とともに記入してください。投薬終了年月日については、最終の服薬(予定)日を記入してください。

ウ その他

現在治療中の他疾病	病名	入院中・通院中
-----------	----	---------

裏面も御記入ください

3 検査成績

核酸増幅法検査	検体 () 検査法 () 結果 () 年 月 日																																
最近の胸部X線写真 年 月 日撮影	菌検査 (最終菌検査結果を含む最近6回分の所見を必ず記入してください。)																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査年月日</th> <th>塗抹</th> <th>培養</th> <th>検体</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月 日</td> <td>- ± 1+ 2+ 3+ 又はG</td> <td>() 個 ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>- ± 1+ 2+ 3+ 又はG</td> <td>() 個 ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>- ± 1+ 2+ 3+ 又はG</td> <td>() 個 ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>- ± 1+ 2+ 3+ 又はG</td> <td>() 個 ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>- ± 1+ 2+ 3+ 又はG</td> <td>() 個 ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>- ± 1+ 2+ 3+ 又はG</td> <td>() 個 ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>- ± 1+ 2+ 3+ 又はG</td> <td>() 個 ()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>	検査年月日	塗抹	培養	検体	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()
	検査年月日	塗抹	培養	検体																													
	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()																													
	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()																													
	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()																													
	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()																													
	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()																													
	年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()																													
年 月 日	- ± 1+ 2+ 3+ 又はG	() 個 ()	()																														
最終に菌陽性であった年月日	年 月 日																																
CT所見	最終の薬剤感受性試験成績 実施日 年 月 日																																
<small>(注) 胸部エックス線所見は下の表の該当するものに○をつけてください。その他、画像情報等があれば、連絡事項欄に御記入ください。</small>	INH 0.2 μg/ml (感・耐) μg/ml (感・耐)																																
	RFP 40 μg/ml (感・耐) μg/ml (感・耐)																																
	PZA μg/ml (感・耐) μg/ml (感・耐)																																
	SM 10 μg/ml (感・耐) μg/ml (感・耐)																																
	EB 2.5 μg/ml (感・耐) μg/ml (感・耐)																																
	LVFX 1 μg/ml (感・耐) μg/ml (感・耐)																																
	() μg/ml (感・耐) μg/ml (感・耐)																																
() μg/ml (感・耐) μg/ml (感・耐)																																	

〔日本結核病学会型分類〕 (該当するものに○印をつけてください。)

病巣の性状	第0型	-	病変の全く認められないもの									
	第I型	(広汎空洞型)	空洞面積の合計が拡がり1を超し、肺病変の拡がり合計が一側肺に達するもの									
	第II型	(非広汎空洞型)	空洞を伴う病変があつて、上記第I型に該当しないもの									
	第III型	(不安定非空洞型)	空洞は認められないが、不安定な肺病変があるもの									
	第IV型	(安定非空洞型)	安定していると考えられる肺病変のみがあるもの									
	第V型	(治癒型)	治癒所見のみのもの									
	特殊型	(上記以外の病変)	H (肺門リンパ節腫脹)、P1 (滲出性胸膜炎)、Op (手術のあと)									
病側	r	右側のみに病変	<table border="1"> <tr> <td>拡がり</td> <td>1</td> <td>第2肋骨前端上縁を通る水平線以上の一側肺野の面積を超えない範囲</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>1と3の間</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>一側肺野面積を超えるもの</td> </tr> </table>	拡がり	1	第2肋骨前端上縁を通る水平線以上の一側肺野の面積を超えない範囲		2	1と3の間		3	一側肺野面積を超えるもの
	拡がり	1		第2肋骨前端上縁を通る水平線以上の一側肺野の面積を超えない範囲								
		2		1と3の間								
	3	一側肺野面積を超えるもの										
l	左側のみに病変											
b	両側に病変											

4 日常生活に対する指示 (該当するものに○をつけてください。)

生活面	A (休業) ・ B (軽業) ・ C (注意) ・ D (正常)
医療面	1 (要医療) ・ 2 (要観察) ・ 3 (観察不要)

5 担当医師からの指示連絡事項等 (家庭訪問の際の留意事項等)

記入日 (年 月 日)

医療機関名

医師名

Ⓜ (又は自署)

※内容について問い合わせをさせていただく場合がございます。御了承ください。