

Name of Treatment Partner: 記載不要

Designation of Treatment Partner: 記載不要

Drug Intake (Intensive Phase / 6 months IPT):

initials if supervised by treatment partner, [----] if self-administered, 0 if absent

Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Doses given for this month	Total doses given
月 を 選 択	<p>初期強化期間（A法ならPZA使用中の2か月） もしくは LTBI治療 について、 服薬状況を記載（カレンダー式） DOTの場合は[確認者のイニシャル]、自己管理の場合[----]、飲み忘れ[0] を入力</p>																															月 ご と の 内 服 日 数	内 服 日 数 合 計

Drug Intake (Continuation Phase):

initials if supervised by treatment partner, [----] if self-administered, 0 if absent

Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Doses given for this month	Total doses given
月 を 選 択	<p>維持期間 について、服薬状況を記載（カレンダー式） DOTの場合は[確認者のイニシャル]、自己管理の場合[----]、飲み忘れ[0] を入力</p>																															月 ご と の 内 服 日 数	内 服 日 数 合 計

Remarks: メモ
