# Patient Referral Document

英語で記入　選択式の場合、あてはまるものに[x]もしくは該当のものを選択

**TB CASE No./ IPT No.:** 患者番号

**DATE OF REGISTRATION:** 月 / 日 / 年 (MM/DD/YY)

**NAME OF HEALTH CENTRE:** 保健所名　例）Kiyose Public Health Center

**NAME OF MEDICAL FACILITY:** 治療医療機関名

**NAME OF PATIENT** (SURNAME/ First Name/ Middle Name): 患者名
苗字（大文字）　ファーストネーム　ミドルネーム　の順で記載

**Date of Birth** (MM/DD/YY): 月 / 日 / 年　生年月日

**Age:** 年齢 歳 years ヵ月 mos.

**Sex:** 性別選択

**Height:** 身長 cm.

**COMPLETE ADDRESS & CONTACT NO.:**
患者の帰国先の住所・電話番号

**Other Patient Details:**
Occupation: 職業
Contact Person: 現地の家族などの連絡窓口となる人
Contact No.: 現地の携帯電話番号等

**TESTS:**

どちらかに○

1. IGRA Test: ( QFT ・ T-spot )
   Result: _____
   Date ____ / ____ / ____
2. CXR Findings;
   簡単な胸部X線検査所見（学会分類は不要）
   Date of exam: 月 / 日 / 年 (MM/DD/YY)
   Cavity [ ] Yes [ ] No　空洞
3. Other exam: その他検査（あれば）
   Date of exam: ____ / ____ / ____
4. XPERT MTB/RIF Result: _____
   Date Collected: ____ / ____ / ____ (MM/DD/YY)
5. DSSM Results: 塗抹検査

| Month | Date Examined 実施日 | Smear | Culture | NAAT |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 月 / 日 / 年 | | | |
| 2 | / / | | | |
| 3 | / / | | | |
| 4 | / / | | | |
| 5 | / / | | | |
| 6 | / / | | | |
| >7 | / / | | | |

塗抹　培養　PCRなど

6. HIV TEST done? [ ] Yes [ ] No Result ( ) HIV検査をしたか？

**BACTERIOLOGICAL STATUS:** 診断方法
[ ] Bacteriologically Confirmed 細菌学的に診断
[ ] Clinically Diagnosed 臨床的に診断

**ANATOMICAL SITE:** 解剖学的部位
[ ] Pulmonary 肺結核 [ ] Extra-pulmonary 肺外結核
specify: 部位

**REGISTRATION GROUP:** 患者分類
[ ] New 新規
[ ] Relapse 再治療
[ ] Treatment After Failure 治療失敗再治療

**TB DISEASE TREATMENT REGIMEN (encircle)**
I. 2HRZE*/4HR　標準治療　治療法（当てはまるものに○）
II. OTHERS
その他の治療法

**DIAGNOSIS:** [ ] TB DISEASE 結核症であればここにx
診断 当てはまるものにx
[ ] TB INFECTION, for IPT (for children below 5 yo)
（5歳以下，IPT，結核感染）

**DATE TREATMENT/ IPT STARTED:** 治療開始日
____ / ____ / ____ (MM/DD/YY)

**EXPECTED TREATMENT COMPLETION DATE:** 治療終了予定日
____ / ____ / ____ (MM/DD/YY)

**CLINICAL EXAMINATION BEFORE AND DURING TREATMENT:**
[/] if present, [O] if absent, [----] if not applicable or write specific sign or symptoms

| Date Examined / Results | Initial | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 月 / 日 / 年 | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| Weight in Kg. 体重 | kgで記載 | | | | | | | | | | | | |
| Side Effects* 副作用 | ⇒ 当てはまるものがあれば数字を記入：1-掻痒感、2-皮疹、3-嘔気、4-腹痛、5-関節痛、6-しびれ、7-黄疸、8-視力障害、9-聴力障害、10-その他 | | | | | | | | | | | | |

＊1-itchiness, 2-skin rashes, 3-nausea, 4-abdominal pain, 5-joint pains, 6-numbness, 7-yellowing of sclerae and skin, 8-visual disturbance, 9-hearing disturbance, 10-others

**DRUGS: Dosages and Preparations**

| Date Examined / Results | Initial | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 月 / 日 / 年 | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| Isoniazid [H] | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg |
| Rifampicin [R] | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg |
| Pyrazinamide [Z] | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg |
| Ethambutol [E] | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg |
| Streptomycin [S] | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg |
| | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg |
| | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg |
| | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg | ____mg |