

結核登録者調査票 (15 歳以上用)

対 象 : 平成 10 年に登録された 15 歳以上の結核患者
 ~ 別紙の発生動向調査対象者リストを参照して下さい ~

| 1) 発生動向調査対象者リストより転記して下さい。 | | |
|---------------------------|---|---|
| 1 | 自治体コード (縣市) (右欄に数字を記入して下さい) | |
| 2 | 保健所コード (右欄に数字を記入して下さい) | |
| 3 | 整理番号 (右欄に数字を記入して下さい) | |
| 4 | 性 別 (どちらかに をつけて下さい) | 男 女 |
| 5 | 登録時年齢 (右欄に数字を記入して下さい) | () 歳 |
| 6 | 職業区分 (下のどれか 1 つに をつけて下さい) | |
| | 接客業等 小中学生等学童 その他の臨時雇、日雇 乳幼児 | 看護婦、保健婦、保母等 高校生以上の生徒学生等 その他自営業、自由業 無職、その他 |
| | | 教員、医師等 その他常用勤労者 家事従事者 不明 |
| 7 | 患者発見方法 (どれか 1 つに をつけて下さい) | |
| | 個別健康診断 定期検診 (職場) 定期外検診 (家族) 医療機関受診 | 定期検診 (学校) 定期検診 (施設) 定期外検診 (その他) その他 |
| | | 定期検診 (住民) 定期外検診 (業態者) その他の集団検診 不明 |
| 8 | 発見時呼吸器症状の有無 (どれか 1 つに をつけて下さい) | あり なし |
| 9 | 発病から登録までの期間区分 | |
| 9-1 | 発病 - 初診 期間 (どれか 1 つに をつけて下さい) | 1 か月未満 1 か月以上 2 か月未満 2 か月以上 3 か月未満 3 か月以上 6 か月未満 6 か月以上 不明・該当せず |
| 9-2 | 初診 - 登録 期間 (どれか 1 つに をつけて下さい) | 1 か月未満 1 か月以上 2 か月未満 2 か月以上 3 か月未満 3 か月以上 6 か月未満 6 か月以上 不明・該当せず |
| 9-3 | 発病 - 登録 期間 (どれか 1 つに をつけて下さい) | 1 か月未満 1 か月以上 2 か月未満 2 か月以上 3 か月未満 3 か月以上 6 か月未満 6 か月以上 不明・該当せず |

整理番号 (右欄に再度記入して下さい)

- 2

| | | |
|----|--|--|
| 10 | X線性状 (登録時) (どれか1つに をつけて下さい) | |
| | <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 型 <input type="checkbox"/> 型 <input type="checkbox"/> 型 <input type="checkbox"/> pl型 <input type="checkbox"/> H型 <input type="checkbox"/> op型 <input type="checkbox"/> 型 <input type="checkbox"/> V型 <input type="checkbox"/> O型 </p> | |
| 11 | 登録時総合患者分類コード (どれか1つに をつけて下さい) | |
| | <p> 肺結核活動性喀痰塗抹陽性初回治療 肺結核活動性喀痰塗抹陽性再治療 肺結核活動性その他の菌陽性 肺結核活動性菌陰性その他 肺外結核活動性 不活動性結核 活動性不明 マル初 (別) 治療中 非定型抗酸菌陽性 (別) 治療中 マル初 (別) 観察中 非定型抗酸菌陽性 (別) 観察中 </p> | |
| 12 | 医療保険の種類等 (登録時) | |
| | <p> 被用者本人 被用者家族 国保一般 国保退職本人 国保退職家族 老人保健法 生活保護法 (受給中) 生活保護法 (申請中) その他 不明 </p> | |

2) 発生動向調査の入力内容とビジュアルカードの情報を利用して記載して下さい。

| | | |
|----|--|--|
| 13 | 国籍 (どれか1つに をつけて下さい。 の場合は、わかる範囲で () 内に記入して下さい。) | 日本国籍 外国国籍 不明 (国名) |
| 14 | BCG接種の既往 (どれか1つに をつけて下さい) | あり なし 不明 |
| 15 | 診断名 (登録時) (それぞれ該当するものに をつけて下さい) | 肺結核 有 無 結核性胸膜炎 有 無 結核性膿胸 有 無 肺門リンパ節結核 有 無 他のリンパ節結核 有 無 結核性髄膜炎 有 無 粟粒結核 有 無 |

3) ビジュアルカードからの転記や医療機関への問い合わせにより記載して下さい。

| | | |
|------|---|--|
| 16 | 発病前の感染および発病危険因子 (どれかに を。複数回答可。 の場合は () 内にも記入) | |
| | <p> 結核患者との接触の既往 (接触は _____ 年前) 糖尿病 胃切除の既往 免疫抑制剤の使用 悪性腫瘍 結核の既往 (治療の有無は問わない) 塵肺 定期検診長期 (3年間以上) 未受診 検診にて要精密を放置 (1か月以上) 住所不定またはホームレス経験がある (過去1年以内) その他 () </p> | |
| 17 | 診断に至る経緯 | |
| 17-1 | 症状出現後診断に至るまでに訪れた医療機関数 (() 内に数字を記入して下さい) | () 箇所 |
| 17-2 | 過去の抗結核薬による治療歴について (どれかに1つ をつけて下さい。 の場合はわかる範囲で () 内に | なし RH 使用し治療終了 RH 使用し脱落 RH 以外の治療 |

| | | |
|------------|---|---|
| | 記入して下さい) | 治療薬不明だがあり()年頃) |
| | 整理番号(右欄に再度記入して下さい) | <input type="text"/> - 3 |
| 17-3 | 肺外結核について病名・罹患臓器(全て記入して下さい) | |
| 18 | 登録時の生活状況等 (どれか1つに をつけて下さい。 の場合は()内にも記入) | 単身生活 家族と同居 老健・福祉施設入所中 精神病院入院中 一般病院入院中 その他() |
| 19 19-1 | 菌検査結果 検体の種類 (どれか1つに をつけて下さい。 の場合は()内にも記入) | 喀痰 喉頭粘液等 胃液 気管支洗浄液 穿刺液 膿、浸出液 尿 組織・その他() |
| 19-2 | 登録時菌所見の最終の検査結果 (それぞれ該当するものに をつけて下さい) | 塗抹 (陽性 陰性 不明 未実施) 培養 (陽性 陰性 不明 未実施) |
| 19-3 | 同定検査(どれか1つに をつけて下さい。 なら 19-5へ) | した しない 不明 |
| 19-4 | 19-3 の質問で「 した 」の場合、 同定結果(どれか1つに 。 の場合は()内にも記入) | 結核菌陽性 非定型抗酸菌陽性 その他() |
| 19-5 | 薬剤感受性検査の実施(どれか一つに をつけて下さい) 答えが または ならば 20へ) | 薬剤感受性検査を行った。 薬剤感受性検査を行わなかった。 不明・その他 |
| 19-6 | 19-5 の質問で「 行った 」と答えた場合、 薬剤感受性の結果(それぞれ該当するものに をつけて下さい) | |
| | INH (0.1mcg/ml) 完全耐性 不完全耐性 感性 INH (1.0mcg/ml) 完全耐性 不完全耐性 感性 RFP (50mcg/ml) 完全耐性 不完全耐性 感性 SM (20mcg/ml) 完全耐性 不完全耐性 感性 EB (2.5mcg/ml) 完全耐性 不完全耐性 感性 EB (5.0mcg/ml) 完全耐性 不完全耐性 感性 | |
| 20 20-1 | 転症例について 転症になりましたか？(どれか一つに をつけて下さい の場合は 21へ) | はい いいえ |
| 20-2 | 20-1 の質問で「 はい 」と答えた場合、 最終診断名(右欄に記入して下さい) | |
| 21 21-1 | 肺結核活動性の例について 排菌の状況 ア 呼吸器症状の期間(右欄の()に数字を記入して下さい) イ 喀痰の菌検査結果 | ()か月 塗抹陽性 ガフキー号数(号) |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|---|-----|----|
| (どれか 1 つに をつけて下さい。 の場合は () 内にも記入) | | その他の菌陽性 | 陰性 | |
| 整理番号 (右欄に再度記入して下さい) | | - 4 | | |
| 21-2 | <p>接触者検診を実施しましたか？</p> <p>(どれか 1 つに をつけて下さい。 なら 2 1 - 4 へ)</p> | はい | いいえ | 不明 |
| 21-3 | <p>21-2 の質問で「 はい 」の場合、 検診の状況</p> <p>ア 接触者検診の受診者数 (右欄の () 内にそれぞれ数字を記入して下さい)</p> <p>イ 検診結果</p> <p>【予防内服対象者数】 (右欄の () 内にそれぞれ数字を記入して下さい)</p> <p>【発病者数】 (予防内服中、内服後に発病した人も含む) (右欄の () 内にそれぞれ数字を記入して下さい)</p> | 同居人 () 人 他の最濃厚接触者 () 人 濃厚接触者 () 人 その他の接触者 () 人 | | |
| 21-4 | <p>当患者より発生したと考えられる院内感染の有無</p> <p>(どれか一つに をつけて下さい。 なら 2 2 へ)</p> | あり | なし | 不明 |
| 21-5 | <p>21-4 の質問で「 あり 」の場合、 予防内服対象者等の人数</p> <p>(右欄の () 内にそれぞれ数字を記入)</p> | 予防内服対象者数 () 人 発病者数 () 人 | | |
| 22 | <p>治療の背景状況</p> <p>22-1 結核治療で入院した病院までの自宅からの 所要時間 (この患者の交通手段での所要時間) (右欄の () 内に数字を記入して下さい)</p> <p>退院後外来治療を受けた医療機関までの自宅 からの所要時間 (この患者の交通手段での所要時 間) (右欄の () 内に数字を記入して下さい)</p> | | | |
| 23 | <p>治療について</p> <p>23-1 内容 別紙「患者経過一覧表」に記入願います。</p> <p>23-2 治療中に治療中断がありましたか？ (どれか一つに をつけて下さい)</p> <p>23-3 23-2 の質問で「 はい 」の場合、 以下のどの理由にあてはまりますか？ (該当するものに を。複数回答可。 の場合は () 内にも記入)</p> | はい | いいえ | |
| | | 治療自己中断 副作用による服薬中止 その他の理由 () | | |

整理番号 (右欄に再度記入して下さい)

- 5

| | | |
|------|---|--|
| 24 | 治療が完了した者の検診 | |
| 24-1 | 受診の有無 (どれか一つに をつけて下さい。 なら 24 - 2 へ、 なら 25 へ)) | はい いいえ 治療完了後 1 年未満 不明 |
| 24-2 | 24-1 の質問で「はい」の場合、 受診の方法等 (どれか一つに をつけて下さい) | 保健所で管理検診として受診 保健所からの委託管理検診として 医療機関で受診 自主的に主治医・医療機関で受診し 結果を保健所に連絡 定期検診等で受診し、結果を保健所に 連絡 |
| 24-3 | 24-1 の質問で「はい」の場合、 検診の結果 | 再発なし 疑いあり精査中 再発し治療開始 不明 |
| 25 | 15 ~ 39 歳の患者について (40 歳以上はここで終了です) (以下は、該当する年齢の場合のみ記入して下さい) | |
| 25-1 | 感染源について、感染源は特定できましたか? (どれか一つに をつけて下さい。 ならここで終了です) | はい いいえ 不明 |
| 25-2 | 25-1 の質問で「はい」の場合、 感染源は誰でしたか? (どれか一つに をつけて下さい。 の場合は () 内にも記入) | 父親 母親 祖父母 その他の家族 学校・塾教職員 友人 職場関係 (同僚等) 院内感染 (他の患者または医療従事者) その他 () |
| 25-3 | 25-1 の質問で「はい」の場合、感染源は この患者と同居していましたか? (どれか一つに) | はい いいえ |
| 25-4 | 25-1 の質問で「はい」の場合、この患者が 感染源から感染したと思われる時期は? (どれか一つに をつけて下さい。 の場合はここで終了です。) | この患者が発病する 1 年以内 この患者が発病する 2 年以内 この患者が発病する 5 年以内 この患者が発病する 5 年より以前 |
| 25-5 | 25-4 の質問で ~ の場合、 感染源の発病に際して接触者検診を 受けましたか? | X 線、ツ反を受けて異常なかった X 線だけ受け異常なかった X 線を受けて経過観察中だった 化学予防指示を受けきちんと服薬した 化学予防指示されたがきちんと服薬 しなかった その他 () |

以上