**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**保健所

参考様式：1**結核の積極的疫学調査票**

初発患者登録番号　（　　　　　　　）

調査実施　　年　　月　　日　　担当者（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 初発患者 | フリガナ  氏名 |  | | | 1. 男 2. 女 | | 診断名 | 1. 肺結核 2. 肺外結核   （　　　　　）  （　　　　　） | 届出月日  （医療機関） | | 年　月　日  （　　　　　　） |
| 年齢 | 歳（　　年　月　日生） | | | | |
| 住所  （居住形態） |  | | | | | 感染性の評価 | 1. 高感染性（綿密な接触者の把握と健診が必要） 2. 低感染性（ハイリスク・濃厚接触者の把握と健診が必要） 3. 感染性なし（感染源探求を目的とした健診等が必要） | | | |
| 現在の  所在地 | （現住所と異なる場合） | | | | |
| 入所前  の職業 |  | | | | | いつ頃から感染性？ | 感染性期間の始期  　　平成　　　年　　月　　日頃（推定） | | | |
| 菌検査結果  ＜検体＞   1. 喀痰 2. その他   （　　　　　　　） | | 検査日 | / | / | | / | 結核菌同定（未・確定）  薬剤感受性試験   1. 耐性なし 2. 耐性あり(耐性薬剤に○   (H R E S Z )   1. 検査中　　４．未実施 | | 咳症状 | 1. なし 2. あり   年　　月　日頃から  ※咳がひどくなった時期  年　　月　日頃から | |
| 塗抹 |  |  | |  |
| 培養 |  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発病時期 | 平成　　年　　月　　　日（推定） | 咳以外の症状（該当するものに○） | |
| 初診月日 | 平成　　年　　月　　　日  （発病～初診：　　　ヶ月　　　日） | 1．痰・血痰　（　　年　　月　　日頃から）  2．発熱　　　（　　年　　月　　日頃から）  3．寝汗　　　（　　年　　月　　日頃から）  4．体重減少　（　　年　　月　　日頃から）  5．倦怠感　　（　　年　　月　　日頃から）  6．その他　　（　　年　　月　　日頃から） | |
| 診断月日 | 平成　　年　　月　　　日  （初診～診断：　　　ヶ月　　　日） |
| 治療開始 | 平成　　年　　月　　　日 |
| 合併症  （治療中の疾患） |  | 結核の  既往歴 | 1. なし 2. あり（過去の治療内容を記載） |
| 結核発病高危険因子等の  合併 | 1. 糖尿病（内服治療、インスリン治療） 2. 悪性腫瘍（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 3. 慢性腎不全（人工透析　導入　　年　　月、　　現在週　　回実施） 4. 副腎皮質ホルモンによる治療 5. 面積制御剤による治療（薬剤名　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 6. 胃切除歴、または空腸回腸倍バイパス手術歴あり　（　　　年　　　　月） 7. じん肺 8. 最近2年以内に結核感染歴あり（具体的に） 9. 健診等の胸部X線検査で硬化巣を指摘（結核治療歴なし）   10．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【結核と診断されるまでの経緯】 | | | | | |
| 受診歴  ※診断されるまでの経緯（症状経過、受診医療機関名、検査内容等） | |  | | | |
| 【過去のBCG歴、健康診断受診歴など】 | | | | | |
| BCG接種歴 | | | なし　・　あり　　（　　　　年　　　月頃）・　不明 | | |
| 最近の健診歴  （胸部X線検査） | | | 年　　月受診　→　1．異常なし（精査不要）　　2．要精査（精査結果　　　　　　　） | | |
| 年　　月受診　→　1．異常なし（精査不要）　　2．要精査（精査結果　　　　　　　） | | |
| 年　　月受診　→　1．異常なし（精査不要）　　2．要精査（精査結果　　　　　　　） | | |
| 入所前の  かかりつけ医 | | | なし　・　あり　　（医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 【現在の治療状況（病気について聞いていることなど）】 | | | | | |
| 使用薬剤：INH RHP EB SM PZA その他（　　　　　　　　　　）　服薬回数・時間帯　　回/日（朝・昼・夜）  DOTSの有無（刑事施設職員の監視下で服薬しているか）  病気について医師から聞いていることなど | | | | | |
| 【入所前の生活状況】 | | | | | |
| 喫煙歴 | 1．なし　　2.止めた　　3．喫煙していた（　　本/日、　　年） | | | 飲酒 | 1．なし　　2.飲んでいた（　合/日） |
| パチンコ、ゲームセンター、ネットカフェ、サウナ、居酒屋等の利用状況  （施設名・頻度） | | | | | |
| 【接触状況及び頻度】 | | | | | |
| 1. 入所前に一緒に住んでいた者（家族、同居人等） 2. 入所前の福祉サービスの利用状況 3. 当該施設入所前のその他の接触者（前施設における同室者、移送に同行した刑事施設職員、弁護士等） 4. 当該施設入所後の接触者 | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査状況 | 保健師による患者面接  **結核の積極的疫学調査票（刑事施設用）** | | 調査日：平成　　年　　月　　日 | 面接者氏名： |
| 保健師による刑事施設担当者からの聞き取り（訪問・来所・電話） | | 調査日：平成　　年　　月　　日 | 調査者氏名： |
| 施設概要 | 刑事施設名 |  | | |
| 住所 | TEL | | |
| 担当連絡者氏名 |  | | |
| 担当連絡者連絡先 |  | | |
| 環境 | 見学 | 可・不可　　見学日：平成　　年　　月　　日 | | |
| 空調 | 居室：  作業場：  その他： | | |
| 換気状況 | 居室：  作業場：  その他： | | |
| 患者の入所状況 | 当該施設入所日 | 平成　　年　　月　　日 | | |
| 当該施設入所前の住所又は所在地 | 1. 他施設より転入の場合   施設名： | | |
| 1. 新規入所の場合   入所前の住所又は所在地：  電話番号： | | |
| 移送  ・  出所予定等 | 治療を行う・行う予定の医療機関 | 当該施設・他施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  他施設の場合、移送（予定）日：平成　　年　　月　　日  移送の手段：  所有時間：  移送に同行した刑事施設職員名： | | |
| 出所時期 | 平成　　年　　月　　頃　　（治療終了予定日が出所前・出所後）  帰住先：　未定・有  身元引受人：　未定・有 | | |

参考様式：1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者登録番号：  参考様式:2**結核患者服薬支援計画票（刑事施設用）**  患者氏名：  　　　　　　　　　　　　　　（男・女） | | | 治療開始日： | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 治療終了（予定）日： | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 出所（予定）日： | 平成　　年　　月　　日  満期釈放・仮釈放 | | | | | | |
| 検討年月日：　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 方法： | | | | | | | | | | |
| 1. 患者面接（出所前・出所後） 2. 刑事施設職員・患者との出所前カンファレンス   出席者氏名：   1. 刑事施設担当者のみとの出所前カンファレンス（訪問・来所・電話）   刑事施設担当者名： | | | | | | | | | | |
| 身元引受人の有無：　　無・有  身元引受人の氏名及び住所： | | | | | | | | | | |
| 出所後の住居及び連絡先（所在地・電話番号等） | | | | | | | | | | |
| 1. 家族（両親・兄弟・配偶者・その他の親戚） 2. 知人宅等 3. 更生保護施設 4. 自立準備ホーム | | 1. 自立更生促進センター 2. 地域定着支援センター 3. 雇主 4. その他 | | | | | | | | |
| 出所後の生活状況に関する確認事項： | | | | | | | | | | |
| 住民票等 | 1. 住民票の有無 | | | | 有 | | 無 | | | 不明 |
| 1. 「無」「不明」の場合の今後の手続き： | | | | | | | | | |
| 1. 年金手帳・健康保険の有無 | | | | 有 | | 無 | | | 不明 |
| 1. 「無」「不明」の場合の今後の手続き： | | | | | | | | | |
| 経済状況 | 5．出所時に当面の生活費用となる所持金はあるか。 | | | | | はい | | いいえ | | |
| 6．「無」の場合、更生緊急保護＊に申請するか。 | | | | | はい | | いいえ | | |
| 7．生活保護を申請するか。 | | | | | はい | | いいえ | | |
| 8．「はい」の場合の今後の手続き： | | | | | | | | | |
| 健康状態 | 9．出所時の内服薬の所持の有無 | | | | | 有（　日分） | | | 無 | |
| 10．出所時の多疾患の治療の有無 | | | | | 有 | | | 無 | |
| 11．「有」の場合の治療状況・内容・今後の手続き： | | | | | | | | | |
| ＊更生救急保護制度とは社会福祉の制度とは別に、出所者に対して保護観察所の長がとる特別な保護の制度である。本人の申し出によって行われ、釈放後6か月間に限られる。 | | | | | | | | | | | |

年　　　月　　　日

**刑事施設における結核患者のリスクアセスメント票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検討項目 | | なし | あり |
| 疾患の特殊性 | 1. 過去の中断歴 | 0点 | 1点 |
| 1. 再発・再治療 | 0点 | 1点 |
| 1. 薬剤耐性 | 0点 | 1点 |
| 1. 副作用 | 0点 | 1点 |
| 5．糖尿病 | 0点 | 1点 |
| 6．HIV | 0点 | 1点 |
| 7．腎障害 | 0点 | 1点 |
| 8．アルコール依存（2合以上） | 0点 | 1点 |
| 9．認知症・精神障害 | 0点 | 1点 |
| 10．その他合併症 | 0点 | 1点 |
| 患者の状態 | 11．喫煙 | 0点 | 1点 |
| 12．薬物依存 | 0点 | 1点 |
| 13．疾病に対する理解力の問題＊ | 0点 | 1点 |
| 14．対人関係の問題（他者との関わりが困難等） | 0点 | 1点 |
| 15．65歳未満 | 0点 | 1点 |
| 出所後の  生活 | 16．家族・身元引受人・更生保護施設職員等の理解と支援 | 1点 | 0点 |
| 17．外来通院先の確保 | 1点 | 0点 |
| 18．健康保健 | 1点 | 0点 |
| 19．中・長期的な住居の確保（更生保護施設等を含む） | 1点 | 0点 |
| 20．出所後の就労 | 1点 | 0点 |
| ＊理解力の問題に関しては結核に対する知識、理解、疾病の受容、服薬の必要性とDOTSの受入、副作用の理解等を検討する。  合計 | |  | |
| 判断基準：  A：10点以上（原則毎日）、B：5点～9点（週1～2回以上）、C：5点未満（月1～2回以上）  支援方法： | |  | |