

結核登録者調査票 (0 ~ 14 歳用)

対 象 : 平成10年に登録された0~14歳の結核患者
 ~ 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	X線性状(登録時)(どれか1つに をつけて下さい。)	
	型 o p 型	型 型 V 型
		p l 型 O 型
		H 型
9	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。)	
	肺結核活動性喀痰塗抹陽性初回治療 肺結核活動性その他の菌陽性 肺外結核活動性 マル初(別) 治療中 マル初(別) 観察中	肺結核活動性喀痰塗抹陽性再治療 肺結核活動性菌陰性その他 活動性不明 非定型抗酸菌陽性(別) 治療中 非定型抗酸菌陽性(別) 観察中
		不活動性結核

2) 発生動向調査の入力内容とビジブルカードの情報を活用して記載して下さい。

10	B C G 接種の既往(どれか1つに をつけて下さい)	あり なし 不明
11	診断時のツ反発赤長径(大きさ)(数字を記入して下さい)	() ミリ(0 - 99)
12	ツベルクリン反応の性状(どれか1つに をつけて下さい)	- + ++ +++ 未実施 不明

整理番号 (右欄に再度記入して下さい)

- 2

13	診断名 (登録時) (それぞれ該当するものにつけて下さい)	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) ビジブ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。

14	診断時ツベルクリン反応検査の副反応 (どれかにつけて下さい。複数回答可。 の場合は () 内にも記入して下さい。)	なし	硬結 (ミリ)
		二重発赤	水疱 壊死
		出血	リンパ管炎
		その他 ()	不明
15	感染源に関する状況		
15-1	感染源は特定されていますか? (どれか1つにつけて下さい。 は16へ)	はい	いいえ 不明
15-2	15-1 の質問で「はい」の場合に、 感染源は誰でしたか? (どれか1つにつけて下さい。 の場合は () 内にも記入)	父親	母親 祖父母
		その他の家族 ()	
		保育園・幼稚園・学校・塾の教職員	
		友人	
		院内感染 (患者または医療従事者)	
		その他 ()	
15-3	感染源の状況		
	ア 呼吸器症状の期間 (数字を記入して下さい)		() か月
	イ 喀痰菌検査結果 (どれか1つにつけて下さい。 の場合は () 内にも記入)	塗抹陽性	ガフキー号数 (号)
		その他の菌陽性	菌陰性 不明
	ウ 薬剤感受性検査結果 (どれか1つにつけて下さい。 の場合は () 内にも記入)	全剤感性	INHのみ耐性
		RFPのみ耐性	多剤耐性
		その他の耐性 ()	
		不明	培養陰性
	エ 登録時学会分類 (右欄に記入して下さい)		
	オ 感染源との接触状況 (どれか1つにつけて下さい。)	同居していた	
		他の最濃厚接触者	
		濃厚接触者	その他の接触者

整理番号 (右欄に再度記入して下さい)

- 3

16	結核罹患に関連する事項 (該当するものに、複数回答可)	
	以前に結核にかかり治療を受けたことがある 結核予防の薬をのんだことがある 以前に、家族・友人が結核になったことがある 乳幼児期からツベルクリン反応陽性で BCG 接種を受けていない 乳幼児期、小中学校の定期検診などでツベルクリン反応が強陽性のため、 「精密検査が必要」といわれたことがある	
17	菌検査結果	喀痰 喉頭粘液等 胃液
17-1	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)	気管支洗浄液 穿刺液 膿、浸出液 尿 組織,その他() 検査未実施
17-2	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)
17-3	同定検査 (どれか1つに をつけて下さい。 なら 17-5 へ)	した しない 不明
17-4	17-3 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()
17-5	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 18 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
17-6	17-5 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
18	転症例について	
18-1	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 19 へ)	はい いいえ
18-2	18-1 で「 はい 」と答えた場合の最終診断名	
19	治療について	
19-1	内容	別紙「患者経過一覧表」に記入願います。
19-2	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。 の場合は終了です)	はい いいえ
19-3	19-2 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)	治療自己中断 副作用による服薬中止 その他の理由()

以上