慢性排菌患者調査票

対　象：平成１０年１月１日前に登録され、平成１１年中に菌陽性だった結核患者
～　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（県市）（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）	①男　②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）	
	①接客業等　②看護婦、保健婦、保母等　③教員、医師等 ④小中学生等学童　⑤高校生以上の生徒学生等　⑥その他常用勤労者 ⑦その他の臨時雇、日雇　⑧その他自営業、自由業　⑨家事従事者 ⑩乳幼児　⑪無職、その他　⑫不明	
7	患者発見方法（どれか１つに◯をつけて下さい）	
	①個別健康診断　②定期検診（学校）　③定期検診（住民） ④定期検診（職場）　⑤定期検診（施設）　⑥定期外検診（業態者） ⑦定期外検診（家族）　⑧定期外検診（その他）　⑨その他の集団検診 ⑩医療機関受診　⑪その他　⑫不明	
8	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）	
	①肺結核活動性喀痰塗抹陽性初回治療　②肺結核活動性喀痰塗抹陽性再治療 ③肺結核活動性その他の菌陽性　④肺結核活動性菌陰性その他 ⑤肺外結核活動性　⑥不活動性結核　⑦活動性不明 ⑧マル初（別）治療中　⑨非定型抗酸菌陽性（別）治療中 ⑩マル初（別）観察中　⑪非定型抗酸菌陽性（別）観察中	
9	医療保険の種類等（登録時）	
	①被用者本人　②被用者家族　③国保一般　④国保退職本人　⑤国保退職家族 ⑥老人保健法　⑦生活保護法（受給中）　⑧生活保護法（申請中）　⑨その他　⑩不明	
10	X線性状（登録時）（どれか１つに◯をつけて下さい）	
	①Ⅰ型　②Ⅱ型　③Ⅲ型　④ｐｌ型　⑤Ｈ型 ⑥ｏｐ型　⑦Ⅳ型　⑧Ｖ型　⑨Ｏ型	

整理番号（右欄に再度記入して下さい）　　　　　　　　－２

	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。	
11	**登録時の拡がり（学会分類）** （どれか１つに◯をつけて下さい）	①１　②２　③３ ④該当無し
12 12-1	**菌検査結果（登録時）** **塗抹検査結果**（どれか１つに◯をつけて下さい）	 ①陽性　②陰性 ③検査未実施　④不明
12-2	**培養検査結果**（どれか１つに◯をつけて下さい）	①陽性　②陰性 ③検査未実施　④不明
12-3	**検体の種類**　（どれか１つに◯をつけて下さい。 ⑧の場合は(　　)内を記入して下さい）	①喀痰　②喉頭粘液等 ③胃液　④気管支洗浄液 ⑤穿刺液　⑥膿浸出液 ⑦尿　⑧組織・その他(　　　　　)
13	**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　①有　②無 結核性胸膜炎　①有　②無 結核性膿胸　①有　②無 肺門リンパ節結核　①有　②無 他のリンパ節結核　①有　②無 結核性髄膜炎　①有　②無 粟粒結核　①有　②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	**治療等について** →　　***別紙「患者経過一覧表」に記入願います。***	
15	**平成１１年末現在の胸膜炎、膿胸の有無** （どれか１つに◯をつけて下さい）	①あり　②なし　③不明
16 16-1	**平成１１年の菌検査結果** **培養検査結果**（どれか１つに◯をつけて下さい）	 ①陽性　②陰性 ③検査未実施　④不明
16-2	**16-1 の質問で培養「①陽性」の場合、** **その菌を結核菌と確認していますか？** （どれか１つに◯をつけて下さい）	①結核菌と確認 ②非結核性抗酸菌と確認 ③未確認
17 17-1	**治療歴** **今回登録以前の治療(化学療法)歴はありますか** （どれか１つに◯をつけて下さい。①③の場合は 18 へ）	 ①治療歴なし ②治療歴あり　③不明
17-2	**17-2 の質問で「②治療歴あり」の場合、** **過去の治療の期間** **ア　最初の治療を開始した年** （どちらか１つに◯をつけて下さい。①の場合は（　）内にも記入）	 ①（　　　　）年より開始 ②治療開始年は不明

整理番号（右欄に再度記入して下さい）　　　　　　－３

	イ　今回の登録以前の最後の治療を行った年 （どちらか１つに⬭をつけて下さい。①の場合は（　）内にも記入）	①（　　　　）年に終了 ②治療終了年は不明
	ウ　通算化学療法の年数 （どちらか１つに⬭をつけて下さい。①の場合は（　）内にも記入）	①通算（　　　　）年 ②開始年または終了年不明のため不明
18	画像診断 平成１１年末の学会分類（右欄に記入）	
19 19-1	薬剤感受性検査の結果 治療開始時の薬剤感受性検査はわかりますか？ （どれか１つに⬭をつけて下さい） （②③④は 19-3 へ）	①わかる ②やっていないのでわからない ③その他の理由でわからない ④不明
19-2	19-1 の質問で「①わかる」の場合、 治療開始時の薬剤感受性検査結果 （それぞれ該当するものに⬭をつけて下さい）	
	INH　(0.1mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
	INH　(1.0mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
	RFP　(50mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
	SM　(20mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
	EB　(2.5mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
	EB　(5.0mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
19-3	平成１１年に陽性であった結核菌の 薬剤感受性検査はわかりますか？ （どれか１つに⬭をつけて下さい） （②③④は 19-5 へ）	①わかる ②やっていないのでわからない ③その他の理由でわからない ④不明
19-4	19-3 の質問で「①わかる」の場合、 平成 11 年の薬剤感受性検査結果 （それぞれ該当するものに⬭をつけて下さい）	
	INH　(0.1mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
	INH　(1.0mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
	RFP　(50mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
	SM　(20mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
	EB　(2.5mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
	EB　(5.0mcg/ml)	①完全耐性　②不完全耐性　③感性
19-5	過去に使用歴のある薬剤 （該当するものに⬭をつけて下さい。複数回答可。 ⑱の場合は（　）内にも記入して下さい。）	① INH　② RFP　③ SM　④ EB　⑤ PZA ⑥ KM　⑦ EVM　⑧ TH　⑨ CS　⑩ PAS ⑪タリビッド　⑫クラビッド　⑬スパラ ⑭シプロキサン　⑮リファブチン ⑯カプレオマイシン　⑰チアセタゾン ⑱その他（　　　　　　）　⑲なし

整理番号（右欄に再度記入して下さい）　　　　　　－４

20	過去に結核の外科治療(胸郭成形又は肺切除)を受けたことがありますか。（どれか１つに⬭をつけて下さい）	①あり　②なし　③不明
21	慢性排菌となったかもしれない要因について。慢性排菌となったかもしれない要因、または慢性排菌者で多く見られる危険因子を以下にあげますので、患者さんにそれぞれの要因、危険因子があったか否かをご記入ください。（それぞれ該当するものに⬭をつけて下さい）	
	ア　登録時、ヒドラジドまたはリファンピシン耐性	①有　②無　③不明
	イ　登録時の薬剤感受性検査未実施	①有　②無　③不明
	ウ　治療開始６ヶ月以内の保健所の薬剤感受性検査未把握	①有　②無　③不明
	エ　未使用の感性薬剤を 1 または 2 種づつ逐次追加	①有　②無　③不明
	オ　薬剤感受性検査無しで薬剤追加（何種類を一挙に追加しても）	①有　②無　③不明
	カ　副作用による薬の中断	①有　②無　③不明
	キ　本人の不規則治療、治療自己中断	①有　②無　③不明
	ク　糖尿病	①有　②無　③不明
	ケ　塵肺	①有　②無　③不明
	コ　アルコール依存症	①有　②無　③不明
22 22-1	生活上の不自由の有無 現在呼吸機能障害がありますか （どれか１つに⬭をつけて下さい）	①酸素療法をうけている ②日常生活が制限される ③激しい労作は出来ない ④ほとんど正常生活をしている
22-2	現在の社会生活について（どれか１つに⬭をつけて下さい）	
	①発病前と同様の仕事を続け家庭生活を送っている ②仕事はしているが制限され、または家事も一部以下しかできない ③家にこもりがちか入退院が多く、人に会わないようにしている ④入院したきりである	
23	受診医療機関までの所要時間 自宅からの交通の便(患者が使う交通手段で) （右欄の（　）内に数字を記入して下さい）	（　　　　　　）時間

以上