

**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><b>ア 接触者検診の受診者数</b> ( 右欄の ( ) 内にそれぞれ数字を記入して下さい )</p> <p><b>イ 検診結果</b></p> <p><b>【予防内服対象者数】</b> ( 右欄の ( ) 内にそれぞれ数字を記入して下さい )</p> <p><b>【発病者数】</b> ( 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>		( ) 時間	( ) 時間	
23	<p>治療について</p> <p>23-1 内容 <b>別紙「患者経過一覧表」に記入願います。</b></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