

ふれあい・あいりんDOTS個人票

【 年 月 日現在】 (DOTS NO. -)

患 者 情 報				D O T S 計 画			
管轄区	区	担当保健師		服薬支援機関	☐ 委託事業者 ()		
(ふりがな) 患者氏名	男 女				☐ 医療機関名 住所 区 Tel - -		
生年月日	年 月 日生 (歳)				☐ 薬局名 住所 区 Tel - -		
通院 医療機関名				服薬支援場所 (患者連絡先)	区 Tel - -		
病 名	☐ 肺結核 ☐ 肺外 () ☐ 潜在性結核感染症			実施回数	週 1・5 回・月 1 回 他 () 月・火・水・木・金・土・日		
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで ____か月治療			DOTS 方法	☐ ふれあい	☐ 訪問型 自宅・職場・学校・ その他 ()	
副作用						☐ あいりん	☐ 薬局型 ☐ 医療機関外来型
退院 (予定) 日	年 月 日				☐ 訪問型 自宅・その他 ()		
D O T S 導 入 要 件 (※)					☐ 拠点型		
	治療開始時 最大菌量		※を満たす 菌検査結果				
月/日	/		/				
検体種類	喀痰・その他 ()		喀痰・その他 ()	DOTS 開始日	(調整済の場合) 年 月 日		
塗 抹				同意日	年 月 日		
培 養				面接者	保健所・保健福祉センター ()		
感受性検査	☐ 耐性なし ☐ 未実施 ☐ 耐性 H、R、HR、その他 ()			リスク アセスメント	医学的要因		社会的要因
N95 マスク着用 【訪問のみ】	要・不要				1. 糖尿病 2. 免疫抑制剤・抗がん剤使用 3. 副腎皮質ホルモン剤使用 4. 人工透析 5. HIV/AIDS 6. 肝疾患		1. 登録時住所不定 2. 結核治療中断歴 3. 服薬協力者なし (单身等) 4. 介護の必要な者 5. アルコール・薬物依存 6. 精神疾患あり (疑い含) 7. 医療に関する経済的な問題 8. 病識・理解力が低い 9. 日本語の理解が不十分 10. その他 ()
	N95 マスク 不要理由 【訪問のみ】	☐ 4 週培養陰性確認済					
		☐ 症状なし					
		☐ 服薬が確実にできている					
		☐ 前回中断または 5 年以内の 再治療ではない					
☐ その他 ()							
D O T S 同 意 時 使 用 薬 剤 ☐ 一包化							
☐ INH () mg × () 錠⇒ () mg ☐ RFP () mg × () 錠⇒ () mg ☐ PZA () mg 【終了予定日: 】 ☐ EB () mg × () 錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 ☐ LVFX () mg × () 錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 ☐ ____ () mg × () 錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 ☐ ____ () mg × () 錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 ☐ ____ () mg × () 錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 ☐ ____ () mg × () 錠⇒ () mg 【終了予定日: 】							
備 考 (内 服 時 の 留 意 事 項 、 本 人 希 望 、 復 職 予 定 等)							

ふれあい・あいりんDOTS個人票

【 年 月 日現在】 (DOTS NO. 22 - 〇〇)

患者情報				DOTS計画					
管轄区	〇〇〇区	担当保健師	〇〇〇	服薬支援機関	☒ 委託事業者（ ケア 21 〇〇 ）				
(ふりがな) 患者氏名	あべの まちこ 阿倍野 町子		男 女		☐ 医療機関名 住所 区 Tel				
	〇〇年 〇月 〇〇日生 (〇歳)				☐ 薬局名 住所 区 Tel				
フルネーム・ふりがなを記載する。				訪問型以外の場合は電話番号のみ記載する。電話番号が無い場合は「無」と記載する。					
通院 医療機関名	〇〇病院			服薬支援場所 (患者連絡先)	〇〇区△△1-2-3 Tel〇〇-××-△△				
病 名	☒ 肺結核 ☐ 肺外 ☐ 潜在性結核感染症			実施回数	週 1・5回・月1回 他 () 月・火・水 木・金・土・日				
治療期間	R4年4月2日から R5年1月1日まで 9か月治療			DOTS 方法	☒ 訪問型 自宅・職場・学校 その他 () ☐ 薬局型 ☐ 医療機関外来型				
副作用					☒ ふれあい				
退院 (予定) 日	R4年 5月 19日				☐ あいりん				
D O T S 導 入 要 件 (※)					☐ 訪問型 自宅・その他 () ☐ 拠点型				
	治療開始時 最大菌量	※を満たす 菌検査結果		DOTS 開始日	(調整済の場合) R4年5月25日				
月/日	4/2	5/10			同意日	R4年5月10日			
検体種類	喀痰・その他 ()	喀痰・その他 ()				面接者	保健所・保健福祉センター (〇〇)		
塗 抹	3+	-							
培 養	+	中							
感受性検査	☒ 耐性なし ☐ 未実施 ☐ 耐性 H、R、HR、その他 ()			リスク アセスメント	医学的要因				
N95 マスク着用 【訪問のみ】	要・不要				社会的要因				
	N95 マスク 不要理由 【訪問のみ】	☐ 4週培養陰性確認済			1. 糖尿病 2. 免疫抑制剤 3. 副腎皮質 4. 人工透析 5. HIV/AIDS 6. 肝疾患				
		☐ 症状なし			1. 登録時住所不定 2. 結核治療中断歴 3. 結核治療中断歴 4. 結核治療中断歴 5. 結核治療中断歴 6. 結核治療中断歴 7. 結核治療中断歴 8. 結核治療中断歴 9. 結核治療中断歴 10. その他 ()				
		☐ 服薬が確実にできている							
☐ 前回中断または5年以内の再治療ではない									
☐ その他 ()									
D O T S 同 意 時 使 用 薬 剤							☒ 一包化		
☒ INH	100	mg	×	(3)	錠⇒	(300)	mg		
☒ RFP	150	mg	×	(3)	個⇒	(450)	mg		
☐ PZA							mg		
☒ EB	250	mg	×	(3)	錠⇒	(750)	mg		
☐ LVFX	500	mg	×	()	錠⇒	()	mg		
☐ __	()	mg	×	()	錠⇒	()	mg		
☐ __	()	mg	×	()	錠⇒	()	mg		
☐ __	()	mg	×	()	錠⇒	()	mg		
☐ __	()	mg	×	()	錠⇒	()	mg		
【終了予定日: R4. 6. 1】							一包化処方の場合は、チェックをする。		
【終了予定日:】									
【終了予定日:】									
【終了予定日:】									
備考 (内 服 時 の 留 意 事 項 、 本 人 希 望 、 復 職 予 定 等)									

ふれあい・あいりんDOTS個人票

【 年 月 日現在】 (DOTS NO. -)

患者情報				DOTS計画				
管轄区	区	担当保健師		服薬支援機関	□委託事業者 ()			
(ふりがな) 患者氏名	男 女				□医療機関名 住所 区 Tel - -			
生年月日	年 月 日生 (歳)				□薬局名 住所 区 Tel - -			
通院 医療機関名				服薬支援場所 (患者連絡先)	区 Tel - -			
病 名	□肺結核 □肺外 () □潜在性結核感染症			実施回数	週1・5回・月1回 他 () 月・火・水・木・金・土・日			
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで ____か月治療			DOTS 方法	□ふれあい	□訪問型 自宅・職場・学校・ その他 ()		
副作用						□あいらん	□薬局型 □医療機関外来型	
退院 (予定) 日	年 月 日				□訪問型 自宅・その他 ()			
D O T S 導 入 要 件 (※)					□拠点型			
	治療開始時 最大菌量		※を満たす 菌検査結果					
月/日	/		/					
検体種類	喀痰・その他 ()		喀痰・その他 ()	DOTS 開始日	(調整済の場合) 年 月 日			
塗 抹				同意日	年 月 日			
培 養				面接者	保健所・保健福祉センター ()			
感受性検査	□耐性なし □未実施 □耐性 H、R、HR、その他 ()			リスク アセスメント	医学的要因		社会的要因	
N95 マスク着用 【訪問のみ】	要・不要				1. 糖尿病 2. 免疫抑制剤・抗がん剤使用 3. 副腎皮質ホルモン剤使用 4. 人工透析 5. HIV/AIDS 6. 肝疾患		1. 登録時住所不定 2. 結核治療中断歴 3. 服薬協力者なし (单身等) 4. 介護の必要な者 5. アルコール・薬物依存 6. 精神疾患あり (疑い含) 7. 医療に関する経済的な問題 8. 病識・理解力が低い 9. 日本語の理解が不十分 10. その他 ()	
	N95 マスク 不要理由 【訪問のみ】	□4週培養陰性確認済						
		□症状なし						
		□服薬が確実にできている						
		□前回中断または5年以内の 再治療ではない						
□その他 ()								
D O T S 同 意 時 使 用 薬 剤 □一包化								
□INH () mg × ()錠⇒ () mg □RFP () mg × ()錠⇒ () mg □PZA () mg 【終了予定日: 】 □EB () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 □LVFX () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 □____ () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 □____ () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 □____ () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 □____ () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】								
備考 (内服時の留意事項、本人希望、復職予定等)								

ふれあい・あいりんDOTS個人票

【 年 月 日現在】 (DOTS NO. -)

患者情報				DOTS計画				
管轄区	区	担当保健師		服薬支援機関	□委託事業者 ()			
(ふりがな) 患者氏名	男 女				□医療機関名 住所 区 Tel - -			
生年月日	年 月 日生 (歳)				□薬局名 住所 区 Tel - -			
通院 医療機関名				服薬支援場所 (患者連絡先)	区 Tel - -			
病 名	□肺結核 □肺外 () □潜在性結核感染症			実施回数	週1・5回・月1回 他 () 月・火・水・木・金・土・日			
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで ____か月治療			DOTS 方法	□ふれあい	□訪問型 自宅・職場・学校・ その他 ()		
副作用						□あいらん	□薬局型 □医療機関外来型	
退院 (予定) 日	年 月 日				□訪問型 自宅・その他 ()			
D O T S 導 入 要 件 (※)					□拠点型			
	治療開始時 最大菌量		※を満たす 菌検査結果					
月/日	/		/					
検体種類	喀痰・その他 ()		喀痰・その他 ()	DOTS 開始日	(調整済の場合) 年 月 日			
塗 抹				同意日	年 月 日			
培 養				面接者	保健所・保健福祉センター ()			
感受性検査	□耐性なし □未実施 □耐性 H、R、HR、その他 ()			リスク アセスメント	医学的要因		社会的要因	
N95 マスク着用 【訪問のみ】	要・不要				1. 糖尿病 2. 免疫抑制剤・抗がん剤使用 3. 副腎皮質ホルモン剤使用 4. 人工透析 5. HIV/AIDS 6. 肝疾患		1. 登録時住所不定 2. 結核治療中断歴 3. 服薬協力者なし (单身等) 4. 介護の必要な者 5. アルコール・薬物依存 6. 精神疾患あり (疑い含) 7. 医療に関する経済的な問題 8. 病識・理解力が低い 9. 日本語の理解が不十分 10. その他 ()	
	N95 マスク 不要理由 【訪問のみ】	□4週培養陰性確認済						
		□症状なし						
		□服薬が確実にできている						
		□前回中断または5年以内の 再治療ではない						
	□その他 ()							
D O T S 同 意 時 使 用 薬 剤 □一包化								
□INH () mg × ()錠⇒ () mg □RFP () mg × ()錠⇒ () mg □PZA () mg 【終了予定日: 】 □EB () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 □LVFX () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 □____ () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 □____ () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 □____ () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】 □____ () mg × ()錠⇒ () mg 【終了予定日: 】								
備考 (内服時の留意事項、本人希望、復職予定等)								