



# DOTSとは

Directly Observed Treatment Short, Course の頭文字を略したもので、服薬を直接確認することによって、確実に短期間で治療を終了させる治療方法です。耐性菌や再発を防ぐためには、医師の指示を守って薬を服用することが肝心です。

そこで、確実に薬を飲むことを習慣にして、早く治療が終えられるよう、服薬支援することを DOTS (ドッツ) と呼んでいます。

## 確実な治療が結核の再発を防ぎます

結核の標準治療は、INH・RFP・EB (又は SM)・PZA を使用した 4 剤治療の化学療法を 6 か月間 (180 日) 行います。PZA が使用できない場合は、3 剤治療を 9 か月間 (270 日) 行います。

※ただし、患者さんの状態に応じて延長が望ましい場合があります。

大阪市では患者さんと相談しながら、できるだけ個々の生活に合った DOTS 方法を選び、確実に薬を飲み続けることができるよう、服薬終了まで支援しています。DOTS 事業をご理解いただき、結核患者さんが確実に治療終了できるように、ご協力をよろしくお願いいたします。



### 次のような場合はご連絡ください

- 服薬確認予定日に来られなかったとき
- 服薬を中断していることがわかったとき
- 副作用の出現等で薬剤量を変更したり、治療を中止されるとき



( ) 区保健福祉センター

担当保健師 ( )

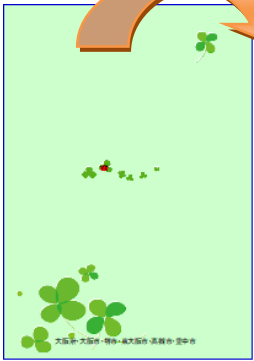
TEL : 06- - 9968

FAX : 06- -

# DOTSのお願い

- 1 服薬確認後は「服薬手帳」にサイン、DOTS 記録票兼請求書【様式 4-3～5】に記載をお願いします。

服薬を直接確認または薬殻・残薬を確認後、「服薬手帳」にサインまたは押印をお願いします。  
来院以外の日、患者さん（家族）がサインをしていますので、確認をお願いします。



内服開始から（ ）ヶ月 めです  
（ ） 外來受診

| 1  | 2  | 3       | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|----|---------|---|---|---|---|
| 大阪 | 大阪 | 殻<br>なし |   |   |   |   |

- 2 確認いただいた服薬状況について、DOTS 状況報告書【DOTS 様式 4-2】により、DOTS 実施毎の当日中に保健福祉センター担当保健師へ FAX にてご連絡をお願いします。

DOTS 予定日に来られなかったときは、患者さんおよび保健福祉センターに連絡をお願いします。

- 3 喀痰検査の結果をご記入ください。

薬の効果を確認するため、月 1 回程度の喀痰検査の実施が必要です。  
喀痰検査結果のご確認をお願いします。

- 4 副作用が出現したり、服薬を中断していることが判明した場合はご連絡ください。

副作用が出現した場合、薬剤を変更したり減感作をする方法があります。  
中断を把握された場合は、保健福祉センター担当保健師までご連絡ください。

## 副作用とは・・・

発疹、かゆみ、肝機能障害、胃腸障害、指先のしびれ、食欲不振、吐き気、めまい、耳鳴り、難聴、視力の低下、全身倦怠感など

- 5 DOTS 終了時は、保健福祉センターへ報告と、区医師会へ請求をお願いします。

DOTS 終了報告書【DOTS 様式 4-4】、

DOTS 記録票【DOTS 様式 4-3 医④】：保健福祉センター担当保健師へ

DOTS 記録票【DOTS 様式 4-3 医①②複写 2 枚】：区医師会へ

区医師会、府医師会経由で請求書類を確認後、医師会を通してお支払いします。

※3 月 31 日以降 DOTS を継続する場合は、3 月末で必ず一度請求をお願いします。

年 月 日

区保健福祉センター  
担当保健師 \_\_\_\_\_ 宛て

実施機関名:

所 在 地:

報 告 者:

## DOTS 状 況 報 告 書

次のとおり、DOTS を実施しましたので報告します。

対象者 DOTSNo. \_\_\_\_\_

生 年 月 日 年 月 日

来 院 日 年 月 日

☐ 【週 1 ・ 5 ～ 7 回 D O T S 実施用】

| 月 日 | 曜日 | 確認方法 (○を記入) |       |    | 使用薬剤と量 | 備考 |
|-----|----|-------------|-------|----|--------|----|
|     |    | DOT         | 薬殻・残薬 | 手帳 |        |    |
| 月 日 |    |             |       |    |        |    |
| 月 日 |    |             |       |    |        |    |
| 月 日 |    |             |       |    |        |    |
| 月 日 |    |             |       |    |        |    |
| 月 日 |    |             |       |    |        |    |
| 月 日 |    |             |       |    |        |    |
| 月 日 |    |             |       |    |        |    |

☐ 【月 1 回 (月 回) D O T S 実施用】

| 月 日                   | 確認方法          |                  |               | 使用薬剤と量 | 備考 |
|-----------------------|---------------|------------------|---------------|--------|----|
|                       | DOT<br>(○を記入) | 薬殻・残薬<br>(日数を記入) | 手帳<br>(日数を記入) |        |    |
| 月 日<br>～ 月 日<br>( 日分) |               | 日                | 日             |        |    |

【連絡事項】

---



---

〇〇年 4 月 7 日

〇〇区保健福祉センター

担当保健師 〇〇 宛て

保健福祉センターへの FAX 送信日記入

実施機関名: 〇〇〇〇〇〇〇〇

所在地: 〇〇〇〇〇〇〇〇

報告者: 〇〇〇〇〇〇〇〇

## DOTS 状況報告書

次のとおり、DOTS を実施しましたので報告します。

対象者 DOTSNo. 〇〇—〇〇〇〇

生年月日 △年 △月 △日

来院日 〇〇年 4 月 7 日

来院日記入

☒ 【週 1・5~7 回 DOTS 実施用】

| 月日      | 曜日 | 確認方法 (○を記入) |       |    | 使用薬剤と量            | 備考                        |
|---------|----|-------------|-------|----|-------------------|---------------------------|
|         |    | DOT         | 薬殻・残薬 | 手帳 |                   |                           |
| 4 月 1 日 | 土  |             | ○     | ○  | INH300mg、RFP600mg |                           |
| 4 月 2 日 | 日  |             | ○     | ○  | //                |                           |
| 4 月 3 日 | 月  |             | ○     | ○  | //                |                           |
| 4 月 4 日 | 火  |             | ○     | ○  | //                |                           |
| 4 月 5 日 | 水  |             | ×     | ○  | //                | 外出先で薬殻捨てたが、内服できているとのこと    |
| 4 月 6 日 | 木  |             | ○     | ○  | //                |                           |
| 4 月 7 日 | 金  | ○           |       | ○  | //                | 次回 4/14(金) 予定<br>本日喀痰検査実施 |

☐ 【月 1 回 (月 ) DOTS 実施用】

| 月<br>~ 月 日<br>( 日分) | 確認方法                             |             |   | 使用薬剤と量 | 備考 |
|---------------------|----------------------------------|-------------|---|--------|----|
|                     | 来院時、服薬支援者の前で服薬した場合「DOT」欄に○を記入する。 | 手帳<br>数を記入) |   |        |    |
|                     |                                  |             | 日 | 日      |    |

## 【連絡事項】

連絡しても来院されない、薬殻・残薬数の不一致、  
抗結核薬の処方変更/追加、副作用出現、喀痰検査実施・結果判明  
等ありましたら【備考】【連絡事項】欄でお知らせください。

〇〇年 4 月 7 日

〇〇区保健福祉センター  
担当保健師 〇〇 宛て

保健福祉センターへの FAX 送信日記入

実施機関名: 〇〇〇〇〇〇〇〇

所在地: 〇〇〇〇〇〇〇〇

報告者: 〇〇〇〇〇〇〇〇

## DOTS 状況報告書

次のとおり、DOTS を実施しましたので報告します。

対象者 DOTSNo. 〇〇—〇〇〇〇

生年月日 △年 △月 △日

来院日 〇〇年 4 月 7 日

来院日記入

☐ 【週 1・5~7 回 DOTS 実施用】

| 月日  | 曜日 | 確認方法 (○を記入)                                                                                                                                              |       |    | 使用薬剤と量 | 備考 |
|-----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|--------|----|
|     |    | DOT                                                                                                                                                      | 薬殻・残薬 | 手帳 |        |    |
| 月 日 |    |                                                                                                                                                          |       |    |        |    |
| 月   |    | ①月日: DOTS 確認期間を記入<br>②DOT: 来院時に DOT 実施の場合「○」を記入。DOT 未実施では空欄。<br>(DOT: 服薬支援者の目の前で服薬を確認すること)<br>③薬殻・残薬: 薬殻や残薬により内服が確認できた日数を記入<br>④手帳: 服薬手帳により内服が確認できた日数を記入 |       |    |        |    |
| 月   |    |                                                                                                                                                          |       |    |        |    |
| 月   |    |                                                                                                                                                          |       |    |        |    |
| 月   |    |                                                                                                                                                          |       |    |        |    |
| 月   |    |                                                                                                                                                          |       |    |        |    |
| 月 日 |    |                                                                                                                                                          |       |    |        |    |

☒ 【月 1 回 (月 回) DOTS 実施用】

| 月日                                 | 確認方法          |                  |               | 使用薬剤と量   | 備考                           |
|------------------------------------|---------------|------------------|---------------|----------|------------------------------|
|                                    | DOT<br>(○を記入) | 薬殻・残薬<br>(日数を記入) | 手帳<br>(日数を記入) |          |                              |
| ① 3 月 9 日<br>~ 4 月 7 日<br>( 30 日分) | ② ○           | ③ 28<br>日        | ④ 30<br>日     | INH300mg | 薬殻 1 日不足分は捨ててしまったが服用はしたとのこと。 |

## 【連絡事項】

連絡しても来院されない、薬殻・残薬数の不一致、  
抗結核薬の処方変更/追加、副作用出現、喀痰検査実施・結果判明  
等ありましたら【備考】【連絡事項】欄でお知らせください。

DOTS 記 録 票

|      |     |             |            |
|------|-----|-------------|------------|
| フリガナ |     |             |            |
| 氏 名  | 男・女 | 年 月 日生 ( 歳) |            |
| 住 所  | 区   | 丁目番         | (TEL — — ) |

| 回数 | 年 . 月 . 日 (曜日) | 使用薬剤        | 確 認 |          |    | 備 考 | サイン<br>支援者 |
|----|----------------|-------------|-----|----------|----|-----|------------|
|    |                | INH,RFP,EB等 | DOT | 薬殻<br>残薬 | 手帳 |     |            |
| 1  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 2  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 3  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 4  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 5  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 6  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 7  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 8  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 9  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 10 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 11 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 12 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 13 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 14 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 15 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 16 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 17 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 18 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 19 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 20 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 21 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 22 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 23 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 24 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 25 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 26 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 27 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 28 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 29 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 30 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 31 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 32 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |

請 求 書

実施回数計 \_\_\_\_\_回 × @ \_\_\_\_\_ 円 = \_\_\_\_\_ 円(消費税額含む)を請求する。

年 月 日

医療機関  
住 所  
氏 名  
T E L

DOTS 記録票

|      |                                                            |     |                 |
|------|------------------------------------------------------------|-----|-----------------|
| フリガナ | ○ ○ ○ ○                                                    |     |                 |
| 氏 名  | ○ ○ ○ ○                                                    | 男・女 | ○年 ○月 ○日生 ( ○歳) |
| 住 所  | ○ ○ 区 ○ ○ ○ ○ 丁目 ○ ○ ○ 番<br>(TEL ○ ○ — ○ ○ ○ ○ — ○ ○ ○ ○ ) |     |                 |

| 回数 | 年 . 月 . 日 (曜日)  | 使用薬剤                                                    | 確 認 |          |    | 備 考 | サイン<br>支援者 |
|----|-----------------|---------------------------------------------------------|-----|----------|----|-----|------------|
|    |                 | INH,RFP,EB等                                             | DOT | 薬殻<br>残薬 | 手帳 |     |            |
| 1  | ○ ○ . ○ . ○ (○) | INH3T,RFP4C                                             | ○   | ○        | ○  |     |            |
| 2  | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 3  | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 4  | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 5  | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 6  | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 7  | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 8  | 来院日記載           | 確認方法を○印で記入してください。<br>残薬・薬殻:残薬数、空殻数の確認<br>手帳:手帳にサインをして確認 |     |          |    |     |            |
| 9  | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 10 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 11 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 12 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 13 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 14 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 15 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 16 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 17 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 18 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 19 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 20 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 21 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 22 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 23 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 24 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 25 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 26 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 27 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 28 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 29 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 30 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 31 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |
| 32 | . . ( )         |                                                         |     |          |    |     |            |

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| 請 求 書                                            |  |
| 実施回数計 _____回 × @ _____ 円 = _____ 円(消費税額含む)を請求する。 |  |
| 年 月 日                                            |  |
| 医療機関                                             |  |
| 住 所                                              |  |
| 氏 名                                              |  |
| T E L                                            |  |

DOTS 記 録 票

|      |     |             |            |
|------|-----|-------------|------------|
| フリガナ |     |             |            |
| 氏 名  | 男・女 | 年 月 日生 ( 歳) |            |
| 住 所  | 区   | 丁目番         | (TEL — — ) |

| 回数 | 年 . 月 . 日 (曜日) | 使用薬剤        | 確 認 |          |    | 備 考 | サイン<br>支援者 |
|----|----------------|-------------|-----|----------|----|-----|------------|
|    |                | INH,RFP,EB等 | DOT | 薬殻<br>残薬 | 手帳 |     |            |
| 1  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 2  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 3  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 4  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 5  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 6  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 7  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 8  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 9  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 10 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 11 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 12 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 13 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 14 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 15 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 16 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 17 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 18 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 19 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 20 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 21 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 22 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 23 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 24 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 25 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 26 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 27 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 28 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 29 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 30 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 31 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 32 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| 請 求 書                                            |  |
| 実施回数計 _____回 × @ _____ 円 = _____ 円(消費税額含む)を請求する。 |  |
| 年 月 日                                            |  |
| 医療機関                                             |  |
| 住 所                                              |  |
| 氏 名                                              |  |
| T E L                                            |  |

DOTS 記 録 票

|      |     |             |            |
|------|-----|-------------|------------|
| フリガナ |     |             |            |
| 氏 名  | 男・女 | 年 月 日生 ( 歳) |            |
| 住 所  | 区   | 丁目番         | (TEL — — ) |

| 回数 | 年 . 月 . 日 (曜日) | 使用薬剤        | 確 認 |          |    | 備 考 | サイン<br>支援者 |
|----|----------------|-------------|-----|----------|----|-----|------------|
|    |                | INH,RFP,EB等 | DOT | 薬殻<br>残薬 | 手帳 |     |            |
| 1  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 2  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 3  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 4  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 5  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 6  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 7  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 8  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 9  | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 10 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 11 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 12 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 13 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 14 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 15 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 16 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 17 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 18 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 19 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 20 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 21 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 22 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 23 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 24 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 25 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 26 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 27 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 28 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 29 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 30 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 31 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |
| 32 | . . ( )        |             |     |          |    |     |            |

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| 請 求 書                                            |  |
| 実施回数計 _____回 × @ _____ 円 = _____ 円(消費税額含む)を請求する。 |  |
| 年 月 日                                            |  |
| 医療機関                                             |  |
| 住 所                                              |  |
| 氏 名                                              |  |
| T E L                                            |  |



年 月 日

区保健福祉センター  
担当課長 様  
大阪市保健所 感染症対策課長 様

実施機関名：  
所 在 地：  
報 告 者：

### DOTS 終了 報 告 書

次のとおり DOTS が終了しましたので報告します。

#### 記

1. 患者 DOTSN<sub>o</sub>                                          —
2. DOTS 期間                                 年        月        日 ～            年        月        日
3. DOTS 回数                      延            回
4. そ の 他                      別添 DOTS 記録票のとおり

DOTS 様式 4 - 4 (記入例)

年 月 日

〇〇区保健福祉センター  
担当課長 様  
大阪市保健所 感染症対策課長 様

実施機関名:〇〇〇〇〇〇〇〇

所在地:〇〇〇〇〇〇〇〇

報告者:〇〇〇〇〇〇〇〇

DOTS 終了報告書

次のとおり DOTS が終了しましたので報告します。

記

1. 患者 DOTSN<sub>o</sub> 22-123

2. DOTS 期間 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日

3. DOTS 回数 延 10 回

4. その他 別添 DOTS 記録票のとおり

服薬支援の期間を記入してください

本人が来られた回数を記入してください