



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
- 副作用の出現が疑われるとき



() 区保健福祉センター

担当保健師 ()

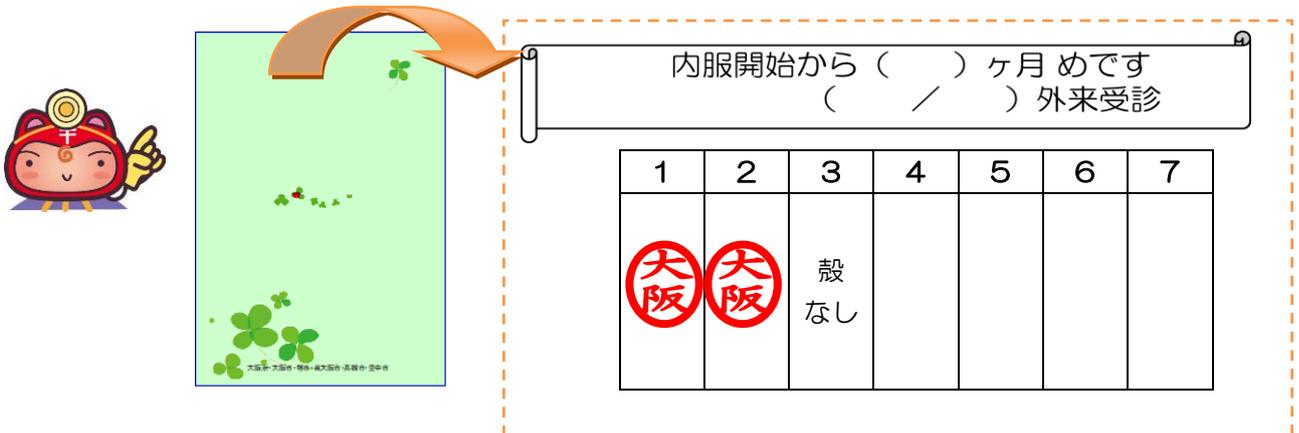
TEL : 06- -9968

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。
来院以外の日は、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。



The illustration shows a character on the left pointing towards a medicine diary form on the right. The form is enclosed in a dashed orange border. At the top of the form, there is a box for the start date: "内服開始から () ヶ月 めです (/) 外来受診". Below this is a table with 7 columns and 2 rows. The first row contains numbers 1 through 7. The second row contains red circular stamps with the Japanese characters "大阪" (Osaka) in the first two columns, and the text "殻なし" (No shell) in the third column. The remaining columns are empty.

1	2	3	4	5	6	7
大阪	大阪	殻なし				

2 確認いただいた服薬状況について、DOTS 記録票【DOTS 様式 5-2】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確認ください。

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。
中断等を把握された場合は、保健福祉センター担当保健師まで速やかにご連絡ください。

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、次の書類（①～③）を添えて保健所へ請求をお願いします。

① 請求書【DOTS 様式 5-4】 ②DOTS 事業実施報告書【DOTS 様式 5-3】

③ DOTS 記録票【DOTS 様式 5-2】

1 回あたり 946 円（税込）

請求書類（①～③）を確認後、各薬局様にお支払いします。

※3月31日以降 DOTS を継続する場合は、3月末で書類（①～③）を添えて必ず一度保健所へ請求をお願いします。

※3月31日以降については単価を変更することがありますので、お問い合わせください。

【請求書提出先】

大阪市保健所 感染症対策課 結核グループ 薬局 DOTS 担当

〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000

TEL06-6647-0653

DOTS記録票

DOTS No.: _____

生年月日: _____ 年 月 日

_____ 年 月

日 (曜日)	使用薬剤と量	確認方法			症状 無または症状有りの場合 該当する症状に「○」を記入	特記事項 菌情報(塗抹・培養・感受性)・関係機関 の連絡、患者の訴え等	DOTS 実施	支援 者 サイン
		DOT	残薬・ 薬殻	手帳				
1()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
2()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
3()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
4()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
5()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
6()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
7()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
8()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
9()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
10()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
11()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
12()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
13()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
14()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
15()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
16()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
17()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
18()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
19()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
20()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
21()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
22()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
23()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
24()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
25()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
26()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
27()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
28()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
29()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
30()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
31()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			

【保健福祉センター記載欄】※末日まで記入されている記録票にのみ記載

実施回数/必要回数	/	保健福祉センター サイン	担当保健師	担当係長
-----------	---	-----------------	-------	------

DOTS番号の間違い注意

DOTS記録票

DOTS No.: ○○ - ○○

生年月日: 年 月 日

2枚目以降も記入

○○年5月

日 (曜日)	使用薬剤と量	確認方法			症状 無または症状有りの場合 該当する症状に「○」を記入	特記事項 菌情報(塗抹・培養・感受性)・関係機関の 連絡、患者の訴え等	DOTS 実施	支援者 サイン
		DOT	残薬・ 薬殻	手帳				
1(土)					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
2(日)					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
3(月)					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
4(火)					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
5(水)	INH 300mg RFP 600mg EB 750mg	○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
6(木)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()		受診日 30日分処方あり	
7(金)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
8(土)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
9(日)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
10(月)	INH 300mg RFP 600mg EB 750mg	○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()		DOTS初回 5/5~5/10の薬殻確認 EB16日で終了予定。次回17日(水)予定	
11(火)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
12(水)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
13(木)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
14(金)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
15(土)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
16(日)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
17(月)	INH 300mg RFP 600mg	○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()		5/11~5/16の薬殻確認 次回24日(水)予定	
18(火)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
19(水)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
20(木)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
21(金)		×	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()		薬殻確認できず、外出先で捨てた、内服したのこ と、服薬手帳の記載は確認できた	
22(土)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
23(日)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
24(月)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()		当日キャンセル、25日(木)に変更	
25(火)	INH 300mg RFP 600mg	○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()		5/18~5/20,5/22~5/25の薬殻確認 次回31日(水)予定	
26(水)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
27(木)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
28(金)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
29(土)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
30(日)		○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
31(月)	INH 300mg RFP 600mg	○	○	○	無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()		5/26~5/31の薬殻確認、DOTS終了	

【保健福祉センター記載欄】※末日まで記入されている記録票にのみ記載

実施回数/必要回数	4/4	保健福祉センター サイン	担当保健師 印	担当係長 印
-----------	-----	-----------------	------------	-----------

実施回数からはキャンセルの回数を除く
必要回数は区担当保健師がひと月あたり必要と考えていたDOTS回数を記入

年 月 日

大阪市健康局長 様

住所（開設者住所）：

氏名（開設者）印：

大阪市ふれあい DOTS（薬局型）事業実施報告書

次のとおり DOTS を実施しましたので報告します。

記

1 患者 DOTSN_o. _____

2 DOTS 実施回数 延_____回

(連絡先)

薬局名：

担当者名：

電話番号：

報告書を提出する日を記入。

(注) 最終 DOTS 実施日以降

ただし **2023年3月31日まで**

〇〇年〇〇月〇〇日

大阪市健康局長 様

開設者の住所を記入。

(注) 薬局の住所と異なる場合あり。

住所 (開設者住所) : 大阪市北区中之島 1-3-20

氏名 (開設者) 印 : 株式会社 大阪市薬局

開設者が法人の場合は、

会社名から記入。

代表取締役 大阪 太郎 (印)

大阪市ふれあい DOTS (薬局型) 事業実施報告書

(注) **請求書と同じ印鑑**

開設者が法人の場合は、**法人印**を押印。

次のとおり DOTS を実施しましたので報告します。

記

1 患者 DOTSN_o.

22-123

2 DOTS 実施回数

延 10 回

今年度中の DOTS (服薬確認) 実施回数を記入してください。

DOTS 回数 = 請求の回数となります。

(注) 前年度から継続のケースであっても、**今年度中の実施回数のみ。**

(連絡先)

薬局名 : 大阪市薬局

担当者名 : 大阪

電話番号 : 06-1234-5678

請 求 書

年 月 日

大阪市長 様

住 所 (開設者住所)

氏名 (開設者) 印

次のとおり請求します。

金 額	内 容	円也
	大阪市ふれあいDOTS (薬局型) 事業業務委託	
	服薬支援 @ 円× 回	

※ 金額の前には必ず¥を付けてください。

債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号		指定口座	
-------	--	------	--

※ 指定口座は、A、B、C、D、Mよりご指定ください。

次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名称	支 店 名 称	預 金 種 別	口 座 番 号
フリガナ			
口座名義			

本市記入欄

局出納員・区会計 管理者確認印

印影等照合先 (契約番号等)	執行主管コード	支出命令番号
請求書等 確認者認印		
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳 出	<input type="checkbox"/> 歳 入
	<input type="checkbox"/> 歳計外	<input type="checkbox"/> 基 金

請求書を提出する日を記入。
(注) 実施報告書提出日以降

請求書

開設者の住所を記入。
(注) 薬局住所と異なる場合がある。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

大阪市長 様

住所 (開設者住所) : 大阪市北区中之島 1-3-20

氏名 (開設者) 印 : 株式会社 大阪市薬局

開設者が法人の場合は、会社名から記入。
開設者が個人の場合は、氏名のみ記入。

代表取締役 大阪 太郎 (印)

(注) 開設者が法人の場合は、法人印を押印。

次のとおり請求します。

金 額	¥8,640 円也
内 容	
大阪市ふれあいDOTS (薬局) 事業業務委託	
服薬支援 @864 円×	10 回

※ 金額の前には必ず¥を付けてください。

債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号								指定口座	
-------	--	--	--	--	--	--	--	------	--

※ 指定口座は、A、B、C、D、Mよりご指定ください。

次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名称	〇〇銀行	支店名称	△△支店
預金種別	普通	口座番号	1234567
フリガナ 口座名義	カブシキカイシャオサカシヤクキョク		
	株式会社大阪市薬局		
	ダイトウリマリアク オサカ タウ 代表取締役 大阪 太郎		

(注) 請求者 (開設者) と同じ名義の口座のみ

本市記入欄

局出納員・区会計
管理者確認印

印影等照合先 (契約番号等)	執行主管コード	支出命令番号
請求書等 確認者認印		
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳出	<input type="checkbox"/> 歳入
	<input type="checkbox"/> 歳計外	<input type="checkbox"/> 基金