



KANAGAWA

神奈川県

服薬ノート



治療開始年月日 年 月 日

氏 名 _____

もくじ

1	結核の治療をはじめる方へ	1
2	治療に関わる主な機関の連絡先	2
3	結核の治療	4
4	たん検査の見方	6
5	結核の薬と副作用	8
6	日常生活の注意点	9
7	主な機関の紹介	11
8	検査結果	12
9	結核治療の記録	16
10	服薬の記録	18
11	結核の治療を終了された方へ	42
12	治療終了後の健康診断	43
13	保健福祉事務所・同センター連絡先	44

1 結核の治療をはじめの方へ

結核は正しい治療を受ければ、治る病気です。

結核とは、結核菌によって主に肺に炎症を起こす病気です。結核患者の咳などで結核菌が飛び散り、周りの人が吸い込むことで感染します。

ただし、結核菌に感染しても必ず結核を発病するわけではなく、免疫により結核菌の増殖を抑えられなくなった場合に発病します。

結核を治すためには、「適切な薬を、決められた期間、飲み続けること」が必要です。

薬を飲み始めて、2週間～1か月たつと、ほとんどの方の症状はなくなりますが、そこで薬をやめてしまったり、不規則な飲み方をしてしまうと、症状が悪化したり、薬が効かなくなってしまうことがあります。

薬を長く飲み続けることは、難しいことです。

治療がはじまりましたら、このノートに毎日の服薬や検査結果などを記入してください。

毎日の記録が、薬の飲み忘れを防ぎ、薬の副作用への対応に役立てることができます。

治療終了が迎えられるように応援しています。

2 治療に関わる主な機関の連絡先

医療機関名

主治医

担当看護師

所在地

電話番号

医療機関名

主治医

担当看護師

所在地

電話番号

保険薬局

担当薬剤師

所在地

電話番号

保健福祉事務所・同センター名

担当保健師

所在地

電話番号

その他の機関

機関名	住所・電話番号	備考

3 結核の治療

同時に何種類かの薬を組み合わせで使用します。
最低でも6か月以上、治療終了まで薬を飲み続けることがポイントです。

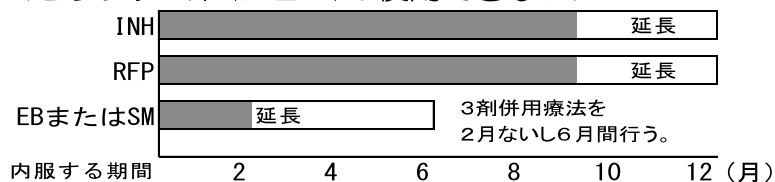
結核の治療には、医療費の一部または全額が公費で負担される公費負担制度が利用できます。治療開始時に申請書などを提出していただきますので、詳しくは保健福祉事務所・同センターや医療機関にご確認ください。

■初めて治療する時の一般的な治療方法（標準治療）

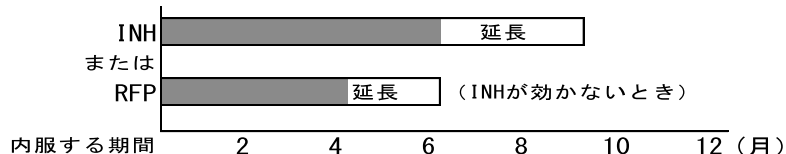
<原則>



<ピラジナミド(P Z A)が使用できない>



<潜在性結核感染症>



結核の標準治療では、4種類あるいは3種類の薬を使います。

2回目以降の治療や肺以外の結核、または糖尿病などの合併症がある時、治療する期間が長くなることがあります。また、検査結果などによって薬を変更することもあり、この場合も治療する期間が長くなります。

■同時に何種類もの薬を飲む理由

- ・ 結核の薬が効かない耐性菌は少ないのですが、普通の結核菌の中にも存在します。何種類かの薬を内服することにより、耐性菌も殺菌することができ、耐性菌が残るのを防ぎます。

■6か月以上、内服する理由

- ・ 薬が効くのは菌が増えるために分裂する時だけです。結核菌の分裂はとても遅く、中には分裂を休んでいる菌も存在します。出来る限り殺菌するには、最低でも6か月以上、薬を飲み続ける必要があります。

薬を勝手にやめたり、飲み方が不規則だったりすると、結核菌の活動が抑えられず、再び具合が悪くなります。また、薬が効かなくなり、経過が長引くことになります。

- ・ 医師が指示した薬を毎日欠かさず確実に内服しましょう。
- ・ 副作用が出た時は、医師に相談してください。

4 たん検査の見方

■塗抹（とまつ）検査

- ・ たんの一部をスライドガラスに塗り、顕微鏡で結核菌の数をみる検査です。結果は菌の量で表します。
- ・ この検査は定期的に行われます。
- ・ 死んでいる菌（死菌）か、結核菌に似た仲間の菌（非結核性抗酸菌）かは顕微鏡では区別がつかないため、培養検査や同定検査で確認を行います。

記載法	菌量(蛍光法)	およその ガフキー(G)号数
—	0／30 視野	G 0 号
±	1～2／30 視野	G 1 号
1 +	2～20／10 視野	G 2 号
2 +	>20／10 視野	G 5 号
3 +	>100／1 視野	G10 号

■培養（ばいよう）検査

- ・ たんを培地において育て、生きている菌か死んでいる菌かを調べる検査です。
- ・ 菌を育てるのに時間がかかるため、結果が出るまでには6～8週間かかります。
- ・ 菌が生えると陽性(+)と表され「生きている菌」がいると判断します。反対に「陰性」になった場合、たんの中に生きている菌はいなくなったと考え、他人への感染性はなくなったと判断されます。
- ・ 薬が効いているかを見るために定期的に行われます。

■同定（どうてい）検査

- ・ 結核菌の仲間には、人にうつらない種類の菌もあります。結核菌か、仲間の菌（非結核性抗酸菌）か菌の種類を調べる検査です。

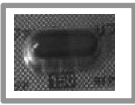
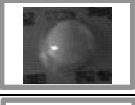
■薬剤感受性検査

- ・ それぞれの患者さんの結核菌に対して、どの結核の薬が効くかを調べる検査です。
- ・ 培養検査の結果が陽性になった「たん」に対して検査が行われます。
- ・ 結核菌によっては、何種類かの薬が効かない菌もあります。



5 結核の薬と副作用

結核の治療では、3～4種類の薬を使います。
副作用が出た時には、自己中断せずに主治医や
看護師、薬局、保健福祉事務所・同センターの
担当者に相談してください。

一般名		商品名	主な副作用
INH イソニコチン酸 ヒドラジド (イソニアジド)		イスコチン、スミ フォン、ヒドラ ジッド	指先のしびれ、かゆ み、食欲不振、肝障 害、頭痛
RFP リファンピシン		リファジン、リマ クタン、アプテシ ン、リファシン	肝障害、胃腸障害、 発疹、かゆみ ※尿が橙色になります が心配ありません。
PZA ピラジナミド		ピラマイド	肝障害、関節痛、 胃腸障害
EB エタンブトール		エブトール、エサ ンブトール	視力の低下、下肢の しびれ
SM ストレプトマイシン		硫酸ストレプトマ イシン	めまい、耳鳴、聴力 障害

6 日常生活の注意点

■食事

- ・ 栄養状態が悪いと結核が治りにくくなり、また十分な薬の効果が得られなくなります。
- ・ バランスの良い食事を規則的にとりましょう。

■飲酒

- ・ お酒を飲むと薬の副作用が出やすくなり、治療にも影響がでます。
- ・ 結核の薬を飲んでいる間は、お酒は控えましょう。

■喫煙

- ・ 肺の病気なので、喫煙することで肺に負担がかかります。この機会に禁煙しましょう。

■感染予防

- ・ 外出から戻った時は手洗い・うがいを行い、風邪などを予防しましょう。
- ・ 十分な休息・睡眠をとり、ストレスをためないようにしましょう。また、身体の状態に合わせた適度な運動を行い、体力をつけましょう。

■咳エチケット

- ・ マスクは、咳やくしゃみでしぶきが飛び散るのを防ぎます。
- ・ 咳やくしゃみの際は、ティッシュなどで口と鼻を押さえ、周りの人から顔をそむけましょう。

■社会復帰

- ・ 退院してまもなくは、多くの人と接する仕事は控える必要がある場合があります。仕事への復帰の時期は、医師等と相談してください。
- ・ デイサービスやショートステイなどの利用についても医師に相談しましょう。

■定期受診

- ・ 治療中は定期的な受診が必要です。経過はどうか、体調に変わりはないか、薬の副作用は出ていないかなど、検査をしていきます。
- ・ 気になる症状や体調に変化がある時は、医師や看護師に相談してください。



7 主な機関の紹介

■医療機関

- ・ 結核と診断した医師は、感染症法に基づき、保健福祉事務所・同センターに届出を行います。
- ・ 医師・看護師・薬剤師・栄養士等が協力して、診察や検査、内服の確認などを行います。

■保険薬局

- ・ 医師から指示された薬剤をお渡しします。
 - ・ お渡しする薬の作用や副作用、飲み方の説明などを行います。
- ※一部調剤薬局では結核の薬を常備していない場合があります。院外薬局を利用する場合はご注意ください。

■保健福祉事務所・同センター（保健所）

- ・ 結核と診断されて治療後の健診まで、内服の確認や療養の支援、ご家族や接触のあった方の健診などを行います。
- ・ 結核医療費公費負担制度の申請窓口でもあります。

医療機関や保険薬局、保健福祉事務所・同センターなど、保健・医療・福祉の機関が協力して治療終了が迎えられるよう、支援します。

8 検査結果

■ たんの検査結果

検査日	塗抹検査結果	培養検査結果 (培養週数)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)

検査日	塗抹検査結果	培養検査結果 (培養週数)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)
年 月 日	－ ± 1+ 2+ 3+ (G 号)	－ + (週)

■ 同定検査

年 月 日	＋ － (PCR 法 ・ 法)
-------	---------------------------------

■ 薬剤感受性検査結果（効果のある薬は○、効果のない薬は×）

検査日	イゾニアジド	リファンピシ	ビラジナミド	ストレプトマイシ	エタンブトール		
年 月 日							

■胸部レントゲン検査の結果

実施年月日	胸部レントゲン検査の結果
年 月 日	改善傾向・変化なし・その他()
年 月 日	改善傾向・変化なし・その他()
年 月 日	改善傾向・変化なし・その他()
年 月 日	改善傾向・変化なし・その他()
年 月 日	改善傾向・変化なし・その他()
年 月 日	改善傾向・変化なし・その他()
年 月 日	改善傾向・変化なし・その他()
年 月 日	改善傾向・変化なし・その他()
年 月 日	改善傾向・変化なし・その他()

■その他 検査結果



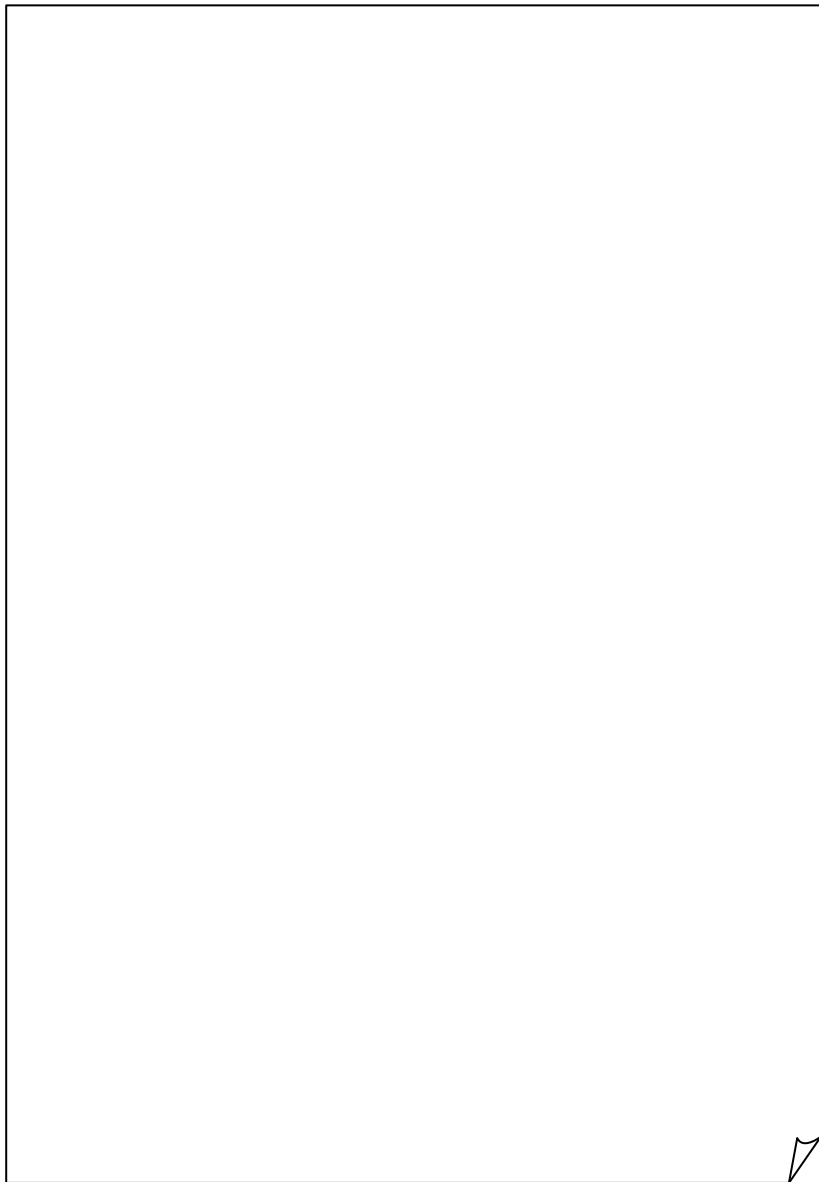
■服薬治療の開始日： 年 月 日

■入院日： 年 月 日
医療機関名（ ）

■退院後の通院先
医療機関名（ ）

16

■メモ



食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録① 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認印
		アイ ジソ ドニ 	ピリ シフ アン 	ナジ ミド 	ブエ トール 	マス イレ ンプト 注射			
例		○	○	○	○			風邪ぎみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします）受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を_____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします）来局日 年 月 日

☐結核の薬を_____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録② 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認印
		アイ ジソ ドニ 	ピリ シフ アン 	ナピ ラジ ドジ 	ブエ トール 	マイ シンプ ト 注射			
例		○	○	○	○			風邪ぎみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします）受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします）来局日 年 月 日

☐結核の薬を____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録③ 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認印
		アイ ジソ ドニ 	ピ リ フ ア ン 	ナ ピ ラ ジ ド 	ブ エ タ ン ル 	マ イ シ ン プ ト 注 射			
例		○	○	○	○			風邪ぎみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします）受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします）来局日 年 月 日

☐結核の薬を____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録④ 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認 印
		アイ ジソ ドニ 	ピ リ フ ァ ン 	ナ ピ ラ ド ジ 	ブ エ ト ー ル 	マ ス ト レ プ ト 注 射			
例		○	○	○	○			風邪ぎみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします）受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を_____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします）来局日 年 月 日

☐結核の薬を_____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録⑤ 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認印
		アイ ジソ ドニ 	ピ リ フ ァ ン 	ナ ピ ラ ド ジ 	ブ エ タ ン ル 	マ ス ト レ プ ト 注 射			
例		○	○	○	○			風邪ぎみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします） 受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を_____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします） 来局日 年 月 日

☐結核の薬を_____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録⑥ 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認印
		アイ ジソ ドニ 	ピリ シフ アン 	ナピ ラジ ドジ 	ブエ トール 	マイ シンプ ト 注射			
例		○	○	○	○			風邪ぎみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします）受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を_____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします）来局日 年 月 日

☐結核の薬を_____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録⑦ 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認印
		アイ ジソ ドニ 	ピ リ フ ア ン 	ナ ピ ラ ド ジ 	ブ エ タ ン ル 	マ ス ト レ プ ト 注 射			
例		○	○	○	○			風邪ぎみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします）受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします）来局日 年 月 日

☐結核の薬を____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録⑧ 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認 印
		アイ ジソ ドニ 	ピリ シフ アン 	ナピ ラジ ドジ 	ブエ トール 	マイ シンプ ト 注射			
例		○	○	○	○			風邪ぎみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします）受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします）来局日 年 月 日

☐結核の薬を____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録⑨ 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認 印
		アイ ジソ ドニ 	ピ リ フ ァ ン 	ナ ピ ラ ド ジ 	ブ エ タ ン ル 	マ ス ト レ プ ト 注 射			
例		○	○	○	○			風邪だみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします） 受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を_____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします） 来局日 年 月 日

☐結核の薬を_____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録⑩ 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認印
		アイ ジソ ドニ 	ピリ シフ アン 	ナピ ラジ ドジ 	ブエ トール 	マイ シンプ ト 注射			
例		○	○	○	○			風邪ぎみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします）受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を_____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします）来局日 年 月 日

☐結核の薬を_____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録⑪ 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認印
		アイ ジソ ドニ 	ピリ シフ アン 	ナピ ラジ ドジ 	ブエ トール 	マイ シンプ ト 注射			
例		○	○	○	○			風邪ぎみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします） 受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を_____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします） 来局日 年 月 日

☐結核の薬を_____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

食欲・吐き気、皮膚のかゆみ・関節の痛み、手足のしびれ、見えにくさ等

10 服薬の記録⑫ 年 月

日付	服薬日数 日目	薬						メモ 体調 受診日 コメント など	確認 印
		アイ ジソ ドニ 	ピ リ フ ァ ン 	ナ ピ ラ ド ジ 	ブ エ タ ー ル 	マ ス ト レ プ ト 注 射			
例		○	○	○	○			風邪ぎみ	レ
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									

■医療機関（記入のご協力をお願いします）受診日 年 月 日

☐検査 ☐喀痰抗酸菌（塗抹・培養）☐血液検査

☐胸部レントゲン撮影 ☐その他（ ）

☐結核の薬を____日分、処方しました。

<連絡事項・自由記載欄>

■薬局（記入のご協力をお願いします）来局日 年 月 日

☐結核の薬を____日分、お渡ししました。

<連絡事項・自由記載欄>

■保健福祉事務所・同センター 面接日 年 月 日

☐現在の症状 無・有（咳・たん・発熱・その他 ）

☐服薬状況 規則的/不規則（服薬ノート・空き袋・残薬で確認）

<連絡事項・自由記載欄>

1 1 結核の治療を終了された方へ

服薬期間を完了し、治療が終了しました。

長い期間の治療、たいへんお疲れさまでした。

治療終了後、約2年間は再発するおそれがたかいため、経過をみる必要があります。少なくとも6ヵ月に1回は、胸部レントゲン検査を受けるようにしましょう。

具体的な受診の間隔や時期などは、治療を行った医療機関にご確認ください。

保健福祉事務所・同センターでも相談に応じます。

咳やたんなど気になる症状があるときは、早めに医療機関に相談してください。

年 月 日

1 2 治療終了後の健康診断

■検診をおすすめする目安の時期

半年後検診 年 月ころ

1年後検診 年 月ころ

1年半後検診 年 月ころ

2年後検診 年 月ころ

■検診の記録

実施日	胸部レントゲン検査	実施機関
年 月 日	☐ 異常なし ☐ 所見あり ()	
年 月 日	☐ 異常なし ☐ 所見あり ()	
年 月 日	☐ 異常なし ☐ 所見あり ()	
年 月 日	☐ 異常なし ☐ 所見あり ()	
年 月 日	☐ 異常なし ☐ 所見あり ()	

1 3 保健福祉事務所・同センター連絡先

保健福祉事務所名	住所	電話番号
平塚保健福祉事務所	平塚市豊原町6-21	0463-32-0130
秦野センター	秦野市曾屋2-9-9	0463-82-1428
鎌倉保健福祉事務所	鎌倉市由比ガ浜2-16-13	0467-24-3900
三崎センター	三浦市三崎町六合32	046-882-6811
小田原保健福祉事務所	小田原市荻窪350-1	0465-32-8000
足柄上センター	足柄上郡開成町吉田島 2489-2	0465-83-5111
茅ヶ崎保健福祉事務所	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-8-7	0467-85-1171
厚木保健福祉事務所	厚木市水引2-3-1	046-224-1111
大和センター	大和市中央1-5-26	046-261-2948

引越しなどで住所が変わる場合は、担当の保健福祉事務所・同センターにご連絡ください。

平成 27 年 3 月作成



神奈川県

保健福祉局保健医療部健康危機管理課

〒231-8588 横浜市中区日本大通1 電話045-210-1111（代表）