

見本

# お薬管理 がんばるノート

～治癒を目指して！

みんなで支える連携パスポート～



氏名 \_\_\_\_\_



私たちが力を合わせて、  
あなたの治療をお手伝いします。

治療開始医療機関名：

電話番号：

主治医：

担当保健所名：

保健所

電話番号：

担当保健師：

転院（通院）先医療機関名：

電話番号：

主治医：

お薬管理協力者1（ ）

電話番号：

お薬管理協力者2（ ）

電話番号：

# ～はじめに～

結核は、適切に治療すれば、必ず治ります。

そのためには、お薬を確実に飲むことと、自分自身の治療状況を正確に理解しておくことが重要です。

あなたの健康管理のために、御活用ください。

また、このノートは、あなたと一緒に治療を頑張る関係者が協力するための連絡帳でもあります。みんなで力を合わせて、あなたの治療を支えていきます。



- 1 お薬を飲んだ後、チェック表に記入しましょう。
- 2 医療機関を受診したら、検査結果などの必要事項を記入してもらいましょう。
- 3 保健師が家庭訪問等をした際は、必要事項を記入してもらいましょう。
- 4 お薬管理協力者とお会いした場合は、必要事項を記入してもらいましょう。
- 5 このノートは、お薬を飲み始めた日から、治療終了後の検診まで使用するので、紛失しないようにしましょう。



# 目次

結核の基礎知識	・・・	1
結核の治療について	・・・	2
結核の主なお薬について	・・・	6
治療計画	・・・	7
毎日の内服・診療記録	・・・	10
・服薬チェック表	} 12 か月	
・地域医療連携パス・支援結果等連絡票		
・治療終了おめでとうございます		
治療終了後の健康管理について	・・・	36

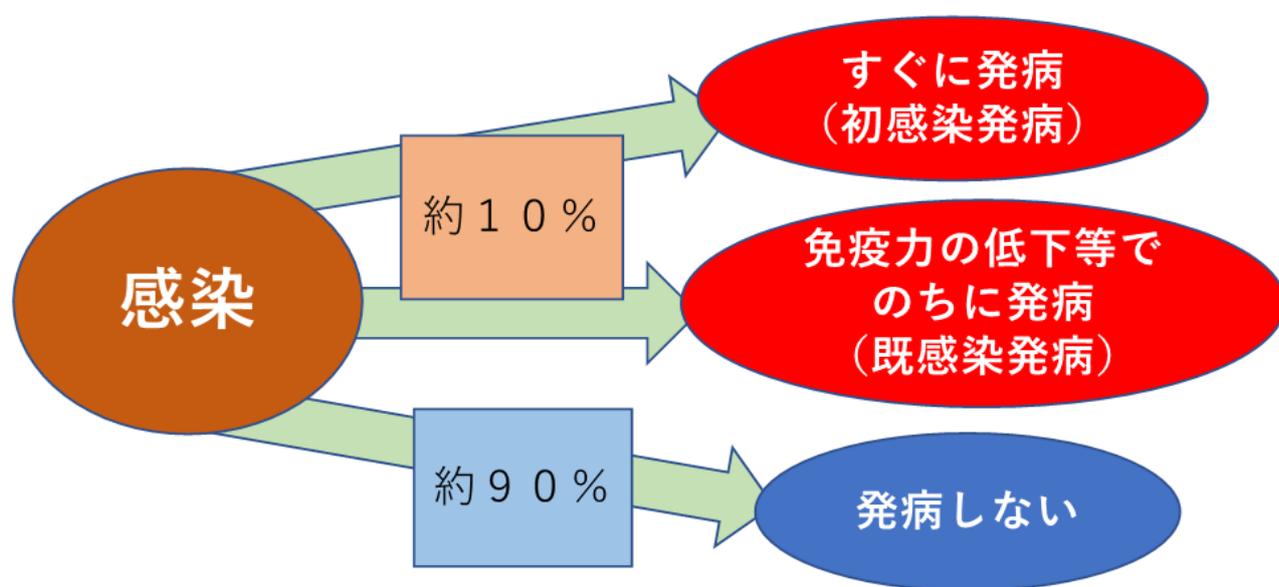
# 結核の基礎知識

## 結核とは

- ◆ 結核菌という細菌による感染症です。
- ◆ 結核を発病すると、長く続く咳や微熱、体のだるさなどの症状が出現します。
- ◆ 結核の初期症状は、2週間以上続く咳、発熱、痰・血痰、体重減少、倦怠感、息切れ、食欲低下、寝汗などがあります。
- ◆ 咳やくしゃみなどの「しぶき」と一緒に、結核菌が空気中に飛び散り、それを周りの人が直接吸い込むことで人から人にうつります（空気感染）。

## 発病のしかた

- ◆ 発病は、感染してから 1～2年の間に多く、2年以内に発病する人は5～10%程度で、その後は発病の可能性が低くなります。しかし、発病の可能性は一生続きます。子供のころや若いとき、体の中に入ってきた結核菌が肺の中に長くとどまり、何十年もたってから、体の抵抗力が弱ったときに発病することもあります。



### ◆ 潜在性結核感染症（LTBI）とは？

結核菌が体内にあっても発病していない状態のことをいいます。この時期の体の状態は正常ですし、他の人に結核菌を感染させる危険はありませんが、将来結核を発病する可能性があります。この時期に感染を予防する薬を飲むことにより、将来発病する可能性を減らすことができます。

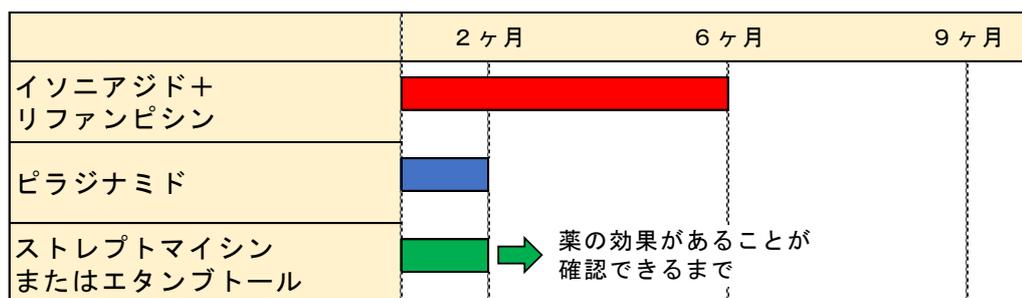
# 結核の治療について

## 1. 結核の治療

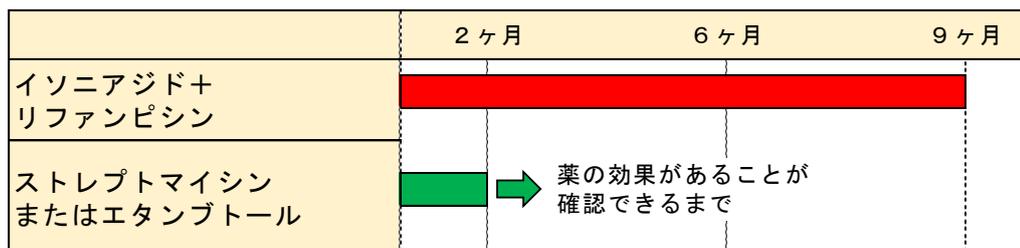
同時に何種類かの薬を組み合わせて使用します。  
治療終了までしっかりと薬を飲み続けることが大切です。

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頂きますので、詳しくは保健所や医療機関にご確認ください。

### 原則



### 標準治療が行えない場合の治療法（例）



### 潜在性結核感染症の治療法（例）



\*年齢や合併症、患者さんの状態により薬の種類や服薬期間は異なります。

## (1) 服薬管理について

- ◆服薬開始から毎日服薬を確認することからスタートします。この方法を、**DOTS**といいます。患者さんが服薬の大切さを理解し、確実に服薬できるように看護師、保健師、薬剤師等が指導させていただきます。

**DOTS** (directly observed treatment short- course)

医療従事者などの目の前で、患者さんが薬を確実に飲むことを確認し、完全に治癒するまで見守る治療法のこと

- ◆薬剤の投与にあたり、その血中有効濃度の確保と確実な服用のため、原則として1日1回の投与となっています。患者さんの状態により、2～3回に分けて飲んでいただく場合もあります。
- ◆自分の判断で薬を勝手にやめたりすると、それらの薬が効かない薬剤耐性結核になってしまいます。また本人だけでなく、耐性菌を人に感染させることにもなります。

### ◆お薬を飲み忘れたら・・・

- ・その日のうちに気づいたら・・・**直ちに**飲むようにしましょう。
- ・翌日に気づいたときは・・・**前の日の分は服用せず**に、その日の分を飲むようにしましょう。

(注意) 絶対に1度に2日分のお薬を飲まないでください。

飲み忘れがあったことは必ず、主治医や看護師、保健所の保健師にお知らせください。



## (2) 薬の副作用について

結核の薬は、比較的副作用の多い薬です。飲み続けていくと個人差はありますが、副作用が出てくる事があります。そのために、定期検査で副作用の早期発見に努めていますが、もし異常を感じたら、主治医や看護師、または保健所の保健師（ノート表紙の裏面を参照）にお知らせください。副作用が出た場合には、症状の強さや副作用の種類によって、薬を中止する場合とそのまま継続する場合があります。自己判断はしないでください。

主な副作用症状：関節痛、視力、視野の異常、全身倦怠感（だるさ）・吐き気・食欲不振・発熱・皮疹・かゆみなど



## 2. 生活上の注意

特に結核の治療中は、健康な生活を心がけ、免疫力を高めておくことが重要です。以下の内容に十分気をつけましょう！

### 食事

- ◆食事は治療の一環です。栄養状態が悪いと、抵抗力が弱まり、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。栄養をきちんと取ることは重要です。食事制限のある方は、制限を正確に守るようにしましょう。



◆イソニアジドを服用する場合は、ヒスタミンを多く摂取すると、頭痛、発赤、かゆみ等が出ることがあります。

また、モノアミン類を多く摂取すると、血圧が上がる、動悸、吐き気・嘔吐、汗をかく、頭痛等が出ることがあります。

過度に摂取しない、鮮度が落ちた魚は摂取しないように注意しましょう。

\*ヒスタミンを多く含む食材：赤みの魚、サンマ、サバ等

\*モノアミン類：チーズ、ワイン、ビール、コーヒー、そら豆、ニシン

## 睡眠・休息

◆体は十分な休息が得られないと、抵抗力が弱くなります。発熱、咳、血痰、胸痛などの症状があるときは、特に安静にしておきましょう。

起床、就寝時間を一定にし、十分な睡眠時間をとりましょう。眠れない日が続けば、医師・看護師へ相談しましょう。



## 禁煙

◆タバコを吸うことによって、気管支が刺激され、咳や痰が多くなります。さらに気管支の機能を低下させ、病気の回復が遅れることとなります。

タバコを吸っている人はこの機会に禁煙しましょう。



## 禁酒

◆アルコールを飲むと、薬の吸収が悪くなり、肝臓に負担がかかります。薬の吸収が悪くなると、薬の効果が得られず、治りが悪くなります。また、肝臓が悪くなると、副作用が起こりやすく、治療の中断や耐性菌をつくる原因にもなります。

結核の薬を飲んでいる間は、必ずアルコールはやめましょう。



## 適度な運動

◆筋力が低下すると、体力も落ち、抵抗力が弱くなります。無理のないペースで、毎日こつこつ長期間続けましょう。ただし、体調の悪いときは休みましょう。



# 結核の主なお薬について

治療が開始されたら、  
服用量などを記入しましょう。

薬名 (略語：通称)	形状 (写真は1例)	服用量・時間 ( ) 回数	副作用・注意事項
イソニアジド (INH：アイナ 又はヒドラ 又はイスコチン)	白い錠剤 	( ) 錠) / 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前	手足のしびれ、肝機能障害 食欲不振、皮膚反応を伴う 発疹などを伴う過敏症
リファンピシン (RFP：リファンブ) ※色はメーカーで異なる	赤いカプセル 	( Cap) / 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前	肝機能障害、食欲不振 胃腸障害 発疹 ※尿が赤くなりますが、 心配ありません。
エタンブトール (EB)	黄色い錠剤 	( ) 錠) / 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前	視力障害 (視力低下・視野 狭窄など) 発疹 下肢のしびれ
ピラジナミド (PZA：ピラマイド)	白い粉薬 	( mg) / 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前	肝機能障害 (黄疸など) 吐き気・食欲不振 関節痛
ストレプトマイシン (SM)	筋肉注射 	( mg) / 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前	耳鳴り・難聴 めまい
レボフロキサシン (LVFX：クラビット)	黄色い錠剤 	( ) 錠) / 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前	腹痛、下痢、発疹、 水ぶくれ、吐き気、食欲不 振、尿がでにくい・赤い 等

※お薬は、決められた量を確実に飲みましょう。

※副作用が出現した場合、自分で判断してお薬をやめるのでは  
なく、早めに主治医に相談してください。

# 治療計画

様の治療計画 記載日 年 月 日

	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月	10 か月	11 か月	12 か月
INH												
RFP												
EB												
PZA												

※治療内容に変更があった場合は、随時、変更内容を医療機関または保健所が記載する。  
 ※宮崎東病院に入院した方については、退院時に病院側が記入する。

## 治療計画変更

変更日	変更内容	変更理由

※治療内容の中止・変更を繰り返す場合などに使用する。

# 治療計画

## ○記入例：治療計画

(4剤標準治療を開始したが、1か月後にINHが原因の肝機能障害が出現したため、薬剤及び治療期間を変更した場合)

	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月
INH	←	✕	✕	✕	✕	✕	→		
RFP	←						→		
EB	←	→							
PZA	←	→							

変更後：←---→



## ○記入例：治療計画変更

変更日	変更内容	変更理由
令和2年4月1日	INHの中止	副作用（肝機能障害）の出現
令和2年4月21日	INHの再開	肝機能異常の改善
令和2年5月1日	INHの中止	副作用（肝機能障害）の出現

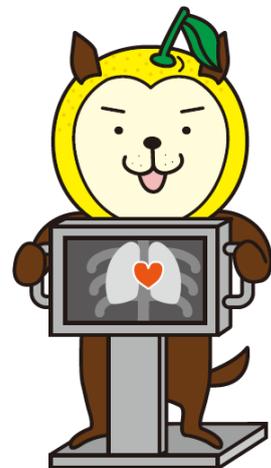






## 毎日の内服・診療記録

薬を飲み始めた日          年      月      日



# 服薬チェック表

治療開始から 1か月目の記録

※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり 等
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								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 結核の病気について、正しく理解できる <input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日(発見時)	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用		無・有( )
7 薬の飲み忘れ		無・有( 日間)	
8 服薬確認手段		ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント			
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント		
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント		
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント		

# 服薬チェック表

治療開始から 2 か月目の記録

※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり 等
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								
60								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用	無・有( )	無・有( )
7 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)	
8 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント	記入者名:	記入者名:	
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:

# 服薬チェック表

治療開始から 3 か月目の記録

※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり、外来受診日等
61								
62								
63								
64								
65								
66								
67								
68								
69								
70								
71								
72								
73								
74								
75								
76								
77								
78								
79								
80								
81								
82								
83								
84								
85								
86								
87								
88								
89								
90								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用	無・有( )	無・有( )
7 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)	
8 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント	記入者名:	記入者名:	
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:

# 服薬チェック表

治療開始から 4 か月目の記録

※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり、外来受診日等
91								
92								
93								
94								
95								
96								
97								
98								
99								
100								
101								
102								
103								
104								
105								
106								
107								
108								
109								
110								
111								
112								
113								
114								
115								
116								
117								
118								
119								
120								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用	無・有( )	無・有( )
7 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)	
8 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント	記入者名:	記入者名:	
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:

# 服薬チェック表

治療開始から 5 か月目の記録

※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり、外来受診日等
121								
122								
123								
124								
125								
126								
127								
128								
129								
130								
131								
132								
133								
134								
135								
136								
137								
138								
139								
140								
141								
142								
143								
144								
145								
146								
147								
148								
149								
150								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用	無・有( )	無・有( )
7 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)	
8 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント	記入者名:		
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	記入者名:	
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	

# 服薬チェック表

治療開始から 6 か月目の記録

※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり、外来受診日等
151								
152								
153								
154								
155								
156								
157								
158								
159								
160								
161								
162								
163								
164								
165								
166								
167								
168								
169								
170								
171								
172								
173								
174								
175								
176								
177								
178								
179								
180								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用	無・有( )	無・有( )
7 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)	
8 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント	記入者名:		
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	記入者名:	
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	

# 服薬チェック表

治療開始から 7 か月目の記録

※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり、外来受診日等
181								
182								
183								
184								
185								
186								
187								
188								
189								
190								
191								
192								
193								
194								
195								
196								
197								
198								
199								
200								
201								
202								
203								
204								
205								
206								
207								
208								
209								
210								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用	無・有( )	無・有( )
7 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)	
8 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント	記入者名:	記入者名:	
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:

# 服薬チェック表

治療開始から 8 か月目の記録

※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり、外来受診日等
211								
212								
213								
214								
215								
216								
217								
218								
219								
220								
221								
222								
223								
224								
225								
226								
227								
228								
229								
230								
231								
232								
233								
234								
235								
236								
237								
238								
239								
240								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用	無・有( )	無・有( )
7 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)	
8 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント	記入者名:	記入者名:	
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:

# 服薬チェック表

治療開始から 9 か月目の記録

※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり、外来受診日等
241								
242								
243								
244								
245								
246								
247								
248								
249								
250								
251								
252								
253								
254								
255								
256								
257								
258								
259								
260								
261								
262								
263								
264								
265								
266								
267								
268								
269								
270								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用	無・有( )	無・有( )
7 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)	
8 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント	記入者名:	記入者名:	
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:

# 服薬チェック表

治療開始から 10 か月目の記録 ※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり、外来受診日等
271								
272								
273								
274								
275								
276								
277								
278								
279								
280								
281								
282								
283								
284								
285								
286								
287								
288								
289								
290								
291								
292								
293								
294								
295								
296								
297								
298								
299								
300								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用	無・有( )	無・有( )
7 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)	
8 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント	記入者名:	記入者名:	
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	記入者名:

# 服薬チェック表

治療開始から 11 か月目の記録 ※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり、外来受診日等
301								
302								
303								
304								
305								
306								
307								
308								
309								
310								
311								
312								
313								
314								
315								
316								
317								
318								
319								
320								
321								
322								
323								
324								
325								
326								
327								
328								
329								
330								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用	無・有( )	無・有( )
7 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)	
8 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント	記入者名:		
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	記入者名:	
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	

# 服薬チェック表

治療開始から 12 か月目の記録 ※毎日、飲んだ薬に○をつけましょう

日数	月	日	曜日	抗結核薬				メモ ※自覚症状（発熱、寝汗、咳等）など、 本人が自由に記入
				INH 白い錠剤 	RFP 赤いカプセル 	EB 黄色の錠剤 	PZA 白い粉薬 	
例	4	1	土	○	○	○	○	発熱あり、外来受診日等
331								
332								
333								
334								
335								
336								
337								
338								
339								
340								
341								
342								
343								
344								
345								
346								
347								
348								
349								
350								
351								
352								
353								
354								
355								
356								
357								
358								
359								
360								

# 地域医療連携パス・支援結果等連絡票

達成目標	<input type="checkbox"/> 抗結核薬を継続して服薬できる <input type="checkbox"/> 治療完遂までの内服の必要性が理解できる <input type="checkbox"/> 外来受診を忘れず、定期的な受診ができる		
区分	項目	内容	
医療機関	1 受診日	年 月 日	年 月 日
	2 菌検査	検体 喀痰 その他( )	検体 喀痰 その他( )
		塗抹 + -	塗抹 + -
		培養 + -	培養 + -
	3 採血	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT
		結果・留意すべき事項等	結果・留意すべき事項等
	5 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 )	無・有(咳・痰・発熱 )
	6 副作用	無・有( )	無・有( )
7 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)	
8 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	
9 コメント	記入者名:		
10 次回受診日	年 月 日	年 月 日	
保健所	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 現在の症状	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:	無・有(咳・痰・発熱 ) その他の症状:
	3 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	4 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	5 コメント	記入者名:	
お薬管理協力者1 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	
お薬管理協力者2 ( )	1 訪問・来所日	年 月 日	年 月 日
	2 薬の飲み忘れ	無・有( 日間)	無・有( 日間)
	3 服薬確認手段	ノート ・ 残薬 ・ 空袋	ノート ・ 残薬 ・ 空袋
	4 コメント	記入者名:	

様

治療終了おめでとうございます！  
長い間の服薬、本当にお疲れ様でした！

治療が終了したら、  
治療が終了した日付を記入しましょう！

治療が終了した日

年 月 日



# 治療終了後の健康管理について

☆健康管理に注意して、健やかな生活に心がけましょう。

☆治療終了後2年間は、半年毎に、検診（胸部X線検査等）を受ける必要があります。

<検診の記録>                      治療終了日                      年    月    日

実施日	胸部X線	喀痰検査	結果	実施機関
年 月    日	異常(無・有) 所見(            )	異常(無・有) 結果(＋・－)	異常(無・有)	
年 月    日	異常(無・有) 所見(            )	異常(無・有) 結果(＋・－)	異常(無・有)	
年 月    日	異常(無・有) 所見(            )	異常(無・有) 結果(＋・－)	異常(無・有)	
年 月    日	異常(無・有) 所見(            )	異常(無・有) 結果(＋・－)	異常(無・有)	

**お薬管理がんばるノート ～治癒を目指して！みんなで支える連携パスポート～**

平成28年3月作成

平成29年3月改訂

令和3年2月改訂

**編集** 宮崎県

独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院

医療法人社団仁和会 竹内病院

**発行** 宮崎県福祉保健部健康増進課感染症対策室