都支部様式第40号

結核菌感染　事案の調査事項

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **１　一般的事項** | | | | |
| ⑴　被災職員の氏名  　　性別・生年月日 |  | | | |
| 男　・　女 | 年　　　　月　　　　日生 | | |
| ⑵　所　属・職　名 | 所 属： | | | 職 名： |
| ⑶　職務歴 | 年　　　　　月 | | | |
| ⑷　職務の内容 | | | | |
| **２　初発患者に関する事項** | | | | |
| ⑴　年齢・性別 | 歳 | | 男　・　女 | |
| ⑵　診断病名 |  | | | |
| ⑶　主治医の所見 | | | | |
| ⑷　喀痰（塗抹・培養）検査又は胃液検査等の結果  　①　ガフキー号数：  　②　結核菌の薬剤耐性：  　③　ＤＮＡ鑑定： | | | | |
| ⑸　胸部Ｘ線の検査結果 | | | | |
| ⑹　咳の持続期間及び感染危険度数：  　（ガフキー号数×咳の持続月数（被災職員が感染したと考えられる時期までの）） | | | | |

|  |
| --- |
| **３　結核菌曝露の状況に関する事項** |
| ⑴　初発患者との接触状況の詳細（時系列的に記載する。） |
| ⑵　初発患者と接触した場所の見取図（換気状況等を含む。） |
| ⑶　家族歴 |
| ⑷　公務以外において結核菌に感染する可能性の有無  　　有　・　無  　　具体的状況（有の場合） |

|  |
| --- |
| **４　被災職員に関する事項** |
| ⑴　保健所の指導により医療機関を受診した場合は、保健所の指導内容等の詳細  　（定期外健康診断対象者調査票の写し等） |
| ⑵　健康診断結果  　①　健康診断（５年間）の記録の写し、指導区分及び事後措置の内容  　　　別紙添付  　②　人間ドック（５年間）の診断結果の写し  　　　別紙添付 |
| ⑶　肺結核等の既往歴 |
| ⑷　肺炎等の既往歴 |
| ⑸　ツベルクリン反応自然陽転の時期 |

|  |
| --- |
| ⑹　ツベルクリン反応・ＢＣＧ歴 |
| ⑺　主治医の診断書  　別紙添付 |
| ⑻　検査結果  　①　ツベルクリン反応検査の結果  　感染直後及び感染２か月経過後の状況について、硬結の大きさ／発赤の大きさ、  　二重発赤の大きさ（水疱、壊死、出血等）と詳細に記載する。  　・　感　染　直　後：硬結の大きさ  　　　　　　　　　　：発赤の大きさ  　　　　　　　　　　：二重発赤の大きさ  　・　感染２か月経過：硬結の大きさ  　　　　　　　　　　：発赤の大きさ  　　　　　　　　　　：二重発赤の大きさ  　②　胸部Ｘ線検査の結果  　③　喀痰（塗抹・培養）検査又は胃液検査等の結果  　　　ア．ガフキー号数：  　　　イ．結核菌の薬剤耐性：  　　　ウ．ＤＮＡ鑑定：  　④　肺門リンパ節腫脹等の検査結果 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑤　発熱等の自他覚症状  　⑥　投薬の状況（薬剤名、量、投与期間及び副作用等の出現の状況）  ・薬剤名：　　　　　　　　　、量：　　　　、投与期間：  ・薬剤名：　　　　　　　　　、量：　　　　、投与期間：  ・薬剤名：　　　　　　　　　、量：　　　　、投与期間：  ・薬剤名：　　　　　　　　　、量：　　　　、投与期間：  ・薬剤名：　　　　　　　　　、量：　　　　、投与期間：  ・副作用等 | | |
| ⑼　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第３７条の２に基づく公費負担申請の有無  有　・　無 | | |
| ⑽　共済組合員証（健康保険証）使用の有無  　　使用　・　未使用 | | |
| **５　主治医の総合所見**  　別紙添付  　上記１～４の結果に基づき、被災職員は、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第１０回修正」（以下「ＩＣＤ－１０」という。）の結核（Ａ１５－Ａ１９）で定められている「初感染呼吸器結核」等の疾病を発症したとして、治療をしていると解してよいかを確認する。 | | |
|  | 作成年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
|  | 作成者所属・職名 |  |
|  | 作成者氏名  （自署又は押印） |  |

【参考】　ＩＣＤ－１０診断病名抜粋

　Ａ１５．７　初感染呼吸器結核，細菌学的又は組織学的に確認されたもの

　Ａ１６．７　初感染呼吸器結核，細菌学的又は組織学的確認の記載がないもの