

## 結核病個案診斷、治療情形調查表

診療醫師您好：

我是\_\_\_\_\_衛生局的公共衛生結核病個案管理人員\_\_\_\_\_ (職章)，  
為了協助個案管理工作的進行，請您撥冗填寫下列勾選問題，謝謝！

病人姓名：\_\_\_\_\_，身分證字號：\_\_\_\_\_，病歷號：\_\_\_\_\_

在資料庫仍列為疑似結核病個案，請再提供資料，俾便確診：

初次查痰結果鑑定為 NTM (日期：\_\_\_\_\_)，請再提供資料，俾便確診：

(本欄由衛生局所勾選，如未經勾選，醫師可不必填寫下一欄位資料)

1. 確定結核病，檢查結果：(可複選，其他醫院轉介資料亦可填寫)

胸部 X 光檢查日期：\_\_\_\_\_ 結果： 進步  無變化

檢驗日期：\_\_\_\_\_ 檢體種類：\_\_\_\_\_

檢驗結果： 塗片結果陽性，  培養陽性 (鑑定：\_\_\_\_\_)

服用抗結藥物後，臨床症狀改善

2. 仍為疑似結核病個案

3. 已排除診斷為非結核病

(本欄由醫師填寫，請衛生局所公衛管理人員不要勾選)

請問病人的治療情形：

(本欄由衛生局所勾選，如未經勾選，醫師可不必填寫下一欄位資料)

1. 病人仍需接受抗結核藥物治療，預計還要再治療\_\_\_\_個月。

2. 病人已服\_\_\_\_個月抗結核藥物，可完成治療，停藥日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

3. 病人因排除診斷為非結核病，可停止抗結核藥物。

(本欄由醫師填寫，請衛生局所公衛管理人員不要勾選)

\* \* 請問病人其他問題：

\* 填寫人資料：

醫院名稱：\_\_\_\_\_

醫師：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

填妥後請儘速傳真：\_\_\_\_\_衛生局(所) FAX：\_\_\_\_\_ TEL：\_\_\_\_\_

請保護個案隱私，傳真後轉交貴院結核病個案管理師保存

衛生局感謝您對結核病防治工作的支持與協助！