

発病リスクチェックリスト



入所者の結核の発病リスクを把握することが大切です。このチェックリストを参考に、入所時やまだ確認を行っていない入所者の発病リスクを評価してみましょう。変更がある場合は、その都度追加チェックしましょう。
 チェックの項目が多いほど、発病のリスクが高い状態です。
 また、このチェックリストは、結核以外に、インフルエンザ、肺炎球菌による呼吸器感染症のチェックも同時にできるようになっています。有症状時にはこれらの呼吸器感染症も念頭に入れて観察しましょう。

| 氏名 | | (歳) | 入所日 年 月 日 | 記入者 | 関連する呼吸器感染症 | | |
|--------|-----------|--------------------------|--|--|--|----------|---|
| チェック項目 | | | チェック時、丸で囲む。 変更時は日時を記入。 | 結核 | イン フル エンザ | 肺炎 球菌 | |
| 既往 | 1 | 結核の既往 | 肺結核 | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | |
| | | 肋膜炎や胸膜炎 | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | | |
| | | その他の結核 | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | | |
| | 2 | 結核の家族歴 | 家族の中に結核といわれた人がいた | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | |
| | | | 家族の中に結核といわれた人がいる | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | |
| | 3 | 胸部レントゲン検査 | 陳旧性病変あり | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | |
| 4 | 胃切除 | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | | |
| 5 | 悪性新生物(がん) | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | | |
| 6 | 脾臓摘出 | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | | | ● | |
| 合併症 | 7 | 糖尿病(HbA1c) | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | ● | ● |
| | 8 | 慢性呼吸器疾患 | 肺気腫 | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | ● | ● |
| | | | じん肺 | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | ● | ● |
| | | | その他の慢性呼吸器疾患 | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | ● | ● |
| | 6 | 胸膜炎 | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | |
| | 7 | 慢性肝疾患(ウィルス性肝炎、アルコール性肝炎) | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | |
| | 8 | 慢性腎疾患 | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | |
| | 9 | 低栄養(血清アルブミン値の低下 3.5g/dl) | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | |
| | 10 | HIV感染 | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | |
| | 11 | 心疾患 | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | ● | ● |
| | 12 | 悪性新生物(がん) | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | ● | ● |
| | 13 | 最近6ヶ月間の体重減少(体重の10%以上の減少) | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | | |
| | 使用薬剤 | 14 | プレドニゾロン5mg以上(自己免疫疾患等の治療) | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | ● |
| 15 | | インフリキシマブ(リウマチの治療) | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | ● | ● |
| 16 | | エタネルセプト(リウマチの治療) | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | ● | ● |
| 17 | | 抗がん剤 | | <input type="checkbox"/> 入所時・その他(年 月 日) | ● | ● | ● |