

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

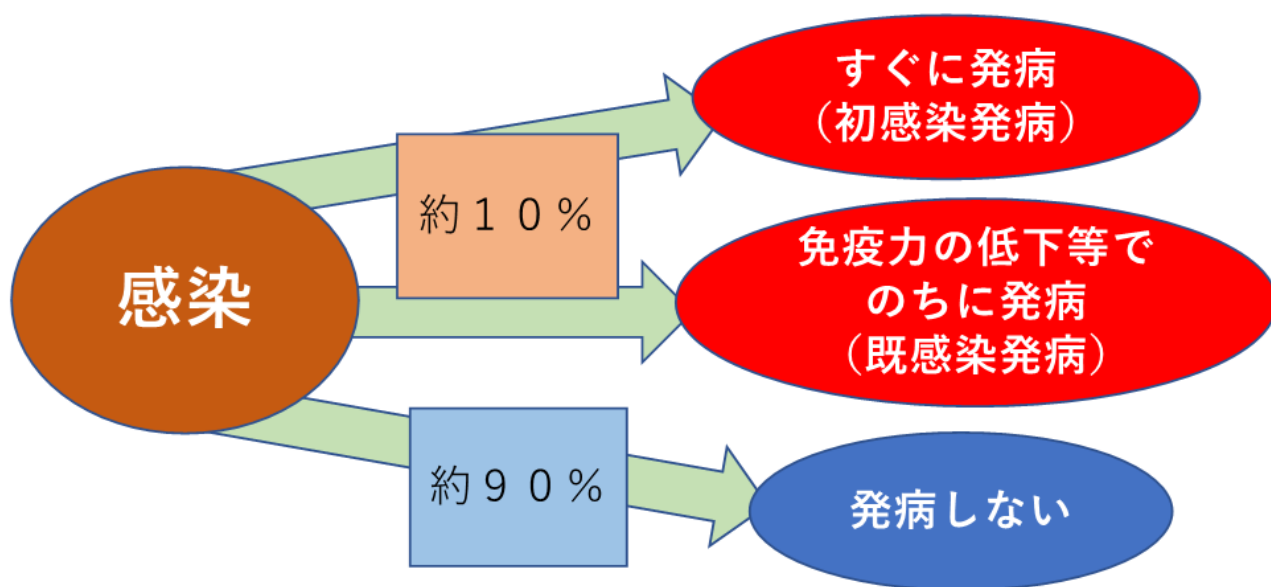
結核の基礎知識

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で使用します。
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

	2ヶ月	6ヶ月	9ヶ月
イソニアジド+ リファンピシン	■		
ピラジナミド	■		
ストレプトマイシン またはエタンブトール	■	→ 薬の効果が あることが 確認できるまで	

標準治療が行えない場合の治療法（例）

	2ヶ月	6ヶ月	9ヶ月
イソニアジド+ リファンピシン	■		
ストレプトマイシン またはエタンブトール	■	→ 薬の効果が あることが 確認できるまで	

潜在性結核感染症の治療法（例）

	4ヶ月	6ヶ月	9ヶ月
イソニアジド もしくは リファンピシン	■		
	■		(イソニアジドが 使用できない場合)

＊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、十分な睡眠時間を取りましょう。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になります。

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 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 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 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 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 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 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 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 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 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 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 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 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

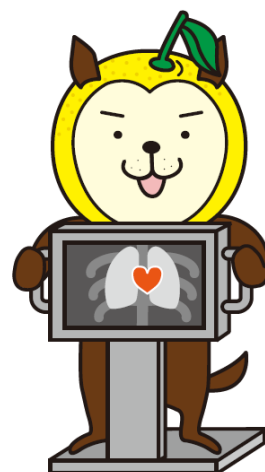
変更日	変更内容	変更理由
令和2年4月1日	INH の中止	副作用（肝機能障害）の出現
令和2年4月21日	INH の再開	肝機能異常の改善
令和2年5月1日	INH の中止	副作用（肝機能障害）の出現





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	☐ 結核の病気について、正しく理解できる ☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施	☐ 実施 ☐ 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	☐ X-P ☐ CT	☐ X-P ☐ 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		
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	☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施	☐ 実施 ☐ 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	☐ X-P ☐ CT	☐ X-P ☐ 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 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	☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施	☐ 実施 ☐ 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	☐ X-P ☐ CT	☐ X-P ☐ 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 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	☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施	☐ 実施 ☐ 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	☐ X-P ☐ CT	☐ X-P ☐ 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 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	☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施	☐ 実施 ☐ 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	☐ X-P ☐ CT	☐ X-P ☐ 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	☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施 結果・留意すべき事項等	☐ 実施 ☐ 未実施 結果・留意すべき事項等
		☐ X-P ☐ CT 結果・留意すべき事項等	☐ X-P ☐ CT 結果・留意すべき事項等
	4 胸部画像検査		
	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	☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施	☐ 実施 ☐ 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	☐ X-P ☐ CT	☐ X-P ☐ 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 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	☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施	☐ 実施 ☐ 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	☐ X-P ☐ CT	☐ X-P ☐ 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 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	☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施	☐ 実施 ☐ 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	☐ X-P ☐ CT	☐ X-P ☐ 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 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	☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施	☐ 実施 ☐ 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	☐ X-P ☐ CT	☐ X-P ☐ 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 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	☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施	☐ 実施 ☐ 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	☐ X-P ☐ CT	☐ X-P ☐ 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	☐ 抗結核薬を継続して服薬できる ☐ 治療完遂までの内服の必要性が理解できる ☐ 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	☐ 実施 ☐ 未実施	☐ 実施 ☐ 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	☐ X-P ☐ CT	☐ X-P ☐ 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(十・一)	異常(無・有)	
年 月 日	異常(無・有) 所見()	異常(無・有) 結果(十・一)	異常(無・有)	
年 月 日	異常(無・有) 所見()	異常(無・有) 結果(十・一)	異常(無・有)	
年 月 日	異常(無・有) 所見()	異常(無・有) 結果(十・一)	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