

# 結核発生届

## 結核患者の届出義務(感染症法第12条)

結核を診断した医師は、**直ちに**届け出なければならない。

### 【届出先】

- 岡山県内在住の患者の場合は、  
「患者居住地の保健所」へ直接届出  
※登録や入院勧告を行うのは患者居住地を管轄する保健所となります。迅速な対応が必要となるため、岡山県庁より各医療機関等へ依頼しております。
- 岡山県外の患者の場合は、  
「届出医療機関の最寄り保健所」へ届出

### 【岡山市ホームページ】※発生届等の様式掲載

<https://www.city.okayama.jp/shisei/0000008281.html>

別記様式 2-2

**結 核 発 生 届**

岡山市保健所感染症対策課  
平日：086-900-1262  
休日電話：090-1011-5115  
FAX：086-900-1337

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 \_\_\_\_\_  
上記病院・診療所の所在地(※) \_\_\_\_\_  
電話番号(※) \_\_\_\_\_  
(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の種類 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体	2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢の歳は年齢 歳 ( か月)	6 当該者職業
7 当該者住所	電話 ( ) - ( )				
8 当該者所在地	電話 ( ) - ( )				
9 保護者氏名	10 保護者住所	(9、10は患者が未成年の場合のみ記入) 電話 ( ) - ( )			

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) 肺結核	2) その他の結核 ( )	① 感染原因・感染経路 ( 確定・推定 ) 1 飛沫核・飛沫感染 ( 感染源の種類・状況 )
・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 11 症 ・呼吸困難 ・その他 ( ) 状 ・なし		
12 診断方法 ・塗抹検査による病原体の検出 検体：喀痰・その他 ( ) ・分離・同定による病原体の検出 検体：喀痰・その他 ( ) ・核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体：喀痰・その他 ( ) ・病理検査における特異的所見の確認 検体： ( ) 所見： ( ) ・ツベルクリン反応検査 (発赤・硬結・水疱・壊死) ・リンパ球の菌特異抗原刺激による放出インターフェロンγ試験 ・画像検査における所見の確認 ( ) ・その他の方法 ( ) 検体 ( ) 結果 ( ) ・臨床決定 ( )	2 その他 ( ) ② 感染地域 ( 確定・推定 ) 1 日本国内 ( 都道府県 市区町村 ) 2 国外 ( 国 詳細地域 )	
13 初診年月日 令和 年 月 日	14 診断(検査)(※1)年月日 令和 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
15 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日	16 発病年月日 (※) 令和 年 月 日	
17 死亡年月日 (※) 令和 年 月 日		

この届出は診断進捗らに行ってください

(1、3、11、12、18欄は該当する番号等を○で囲み、4、5、13から17欄は年齢、年月日を記入すること。  
(※)欄は、死亡者を検出した場合のみ記入すること。(※)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。  
11、12欄は、該当するものすべてを記載すること。)

# 届出基準（抜粋）

【厚生労働省ホームページ】 ※届出基準の詳細について記載あり

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01-02-02.html>

## ア 患者（確定例）

- 医師は、診察した結果、症状や所見から結核が疑われ、かつ、別表の左欄に掲げる検査方法により、結核患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。
- ただし、病原体および病原体遺伝子の検出検査方法以外による検査方法については、当該検査所見に加え、問診等により医師が結核患者であると診断するに足る判断がなされる場合に限り届出を行うものである。
- この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。
- 鑑別を必要とする疾患は、他の原因による肺炎、非結核性抗酸菌症、肺癌、気管支拡張症、良性腫瘍等である。

## イ 無症状病原体保有者

- 医師は、診察した者が結核の臨床的特徴を呈していないが、別表の画像検査方法以外の左欄に掲げる検査方法により、結核の無症状病原体保有者と診断し、かつ、結核医療を必要とすると認められる場合（潜在性結核感染症）に限り、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。
- この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。
- 5歳未満の者においては、この検査方法で病原体保有の確認ができない場合であっても、患者の飛沫のかかる範囲での反復、継続した接触等の疫学的状況から感染に高度の蓋然性が認められる者に限り、届出を行うこと。

検査方法	検査材料
塗抹検査による病原体の検出	喀痰、胃液、咽頭・喉頭ぬぐい液、気管支肺胞洗浄液、胸水、膿汁・分泌液、尿、便、脳脊髄液、組織材料
分離・同定による病原体の検出	
核酸増幅法による病原体遺伝子の検出	
病理検査における特異的所見の確認	病理組織
ツベルクリン反応検査(発赤、硬結、水疱、壊死の有無)	皮膚所見
リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロングamma試験	血液
画像検査における所見の確認	胸部エックス線画像、CT等検査画像

## 「感染」を調べる

### ★ツベルクリン反応検査

結核菌培養ろ液から精製した抗原（PPD:Purified Protein Derivative）を皮内投与し、48時間後に接種部位の発赤等を測定して感染を診断する方法。BCG接種を受けた者では偽陽性が生じる可能性がある。

### ★IGRA（Interferon-Gamma Release Assays）検査

- ・ QFT（クオンティフェロン）検査
- ・ T-スポット検査

結核菌特異抗原により全血あるいは精製リンパ球を刺激後、産生されるインターフェロン $\gamma$ （IFN- $\gamma$ ）を測定し、結核感染を診断する方法。

ツベルクリン反応検査と比較し、特異度は格段に高くなっている。活動性結核と潜在性結核感染の区別はできず、感染時期の特定も難しい。

# IGRA検査の詳細

項目	QFT（クオンティフェロン）検査	T-SPOT検査
歴史	2005年4月にQFT-2Gが保険適用、2012年にQFT-3G（ゴールド）へ代わり、2018年2月にQFT-4G（ゴールドプラス）が承認。	2012年11月に保険適用。
特徴	インターフェロン $\gamma$ 量を測定 感度（QFT-4G）：94.0%（95%CI：90.0-98.0） 特異度（QFT-4G）：96.0%（95%CI：93.0-99.0）	インターフェロン $\gamma$ 産生細胞数を測定 感度：97.5%（95%CI：91.3-99.7） 特異度：99.1%（95%CI：95.1-100）

表1 QFT-4Gの判定基準と結果解釈

表2 T-SPOTの判定基準

Nil 値 (IU/mL)	TB1 値 (IU/mL)	TB2 値 (IU/mL)	Mitogen 値 (IU/mL)*1	結果	測定結果	結果
8.0以下	0.35以上かつ Nil 値の25%以上	不問	不問	陽性	陰性コントロールが10スポット超	判定不可
					陽性コントロールが20スポット未満	
	不問	0.35以上かつ Nil 値の25%以上	0.5以上	陰性	特異抗原の反応値のいずれかが高いほうが8以上	陽性
					特異抗原の反応値のいずれかが高いほうが7または6	陽性・判定保留
8.0を超える*2	不問	0.35未満、あるいは0.35以上かつ Nil 値の25%未満	0.5未満	判定不可	特異抗原の反応値のいずれかが高いほうが5	陰性・判定保留
			特異抗原の反応値のいずれも4以下	陰性		

# インターフェロン $\gamma$ 遊離試験使用指針 2021

2021年6月

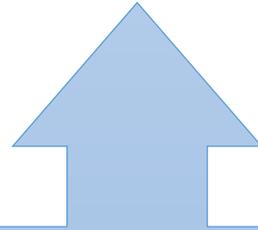
日本結核・非結核性抗酸菌症学会予防委員会

**要旨：**インターフェロン $\gamma$ 遊離試験（Interferon Gamma Release Assay: IGRA）はツベルクリン反応と違って、BCGおよびほとんどの非結核性抗酸菌の影響を受けない優れた特長をもっており、結核の感染診断に広く使われている。日本結核・非結核性抗酸菌症学会予防委員会は、クオンティフェロン® TBゴールド（QFT-3G）がクオンティフェロン® TBゴールドプラス（QFT-4G）に置き換えられたのを機会に本指針に改訂することとした。

検査時の採血に関して、QFT-4Gは4本の専用試験管が使われるが、1本採血後に冷蔵保存して検査センターまで輸送後の分注が可能になったため、この方法を用いた場合には採血の負担は小さくなった。判定基準についてはQFT-4Gでは「判定保留」がなくなったほか、陰性コントロールが8 IU/mLを超えた場合も判定不可になった。なお、T-SPOTにはQFT-3Gとは異なった考え方に基づく「判定保留」が設定されている。

# ツベルクリン反応、IGRA検査実施の推奨時期

肺胞マクロファージの非特異的殺菌作用を生き残った結核菌は2～12週の間、静かに増殖を続け、菌量が1,000～10,000個になった時点で特異的細胞性免疫が成立し、ツベルクリン反応もしくはIGRAが陽転して感染が確認される。



上記の特徴から、接触者健診はウィンドウ期（感染していても検査結果が陽性と出ない時期）を考慮し、最終接触から2～3か月後に実施することが望ましい。

※ハイリスク、暴露期間が長いなどの要因がある接触者については結核患者発生直後の健診も検討する（直後健診で異常なしの場合は最終接触から2～3か月後に再度健診を実施する）。

# 発病のリスク要因

表2 感染者中の活動性結核発病リスク要因

対 象	発病リスク*	文 献	勧 告 レベル	備 考
HIV/AIDS	50-170	11)	A	
臓器移植 (免疫抑制剤使用)	20-74	11)	A	移植前のLTBI治療が望ましい
珪肺	30	11)	A	患者が高齢化しており、注意が必要
慢性腎不全による血液透析	10-25	11)	A	高齢者の場合には慎重に検討
最近の結核感染 (2年以内)	15	11)	A	接触者健診での陽性者
胸部X線画像で線維結節影 (未治療の陈旧性結核病変)	6-19	11)	A	高齢者の場合には慎重に検討
生物学的製剤使用	4.0	11)	A	発病リスクは薬剤によって異なる
副腎皮質ステロイド (経口) 使用	2.8-7.7	63) 64)	B	用量が大きく、リスクが高い場合には検討
副腎皮質ステロイド (吸入) 使用	2.0	65)	B	高容量の場合は発病リスクが高くなる
その他の免疫抑制剤使用	2-3	65) 66)	B	
コントロール不良の糖尿病	1.5-3.6	11) 42) 43)	B	コントロール良好であればリスクは高くない
低体重	2-3	11)	B	
喫煙	1.5-3	70)-72)	B	
胃切除	2-5	3)	B	
医療従事者	3-4	74)-79)	C	最近の感染が疑われる場合には実施

\*発病リスクはリスク要因のない人との相対危険度

#### 勧告レベル

A: 積極的にLTBI治療の検討を行う

B: リスク要因が重複した場合に、LTBI治療の検討を行う

C: 直ちに治療の考慮は不要

# 「発病」を調べる

★レントゲン検査、CT検査…肺の病変を見る

★菌検査…①結核菌の同定（遺伝子検査、質量分析）

②感染性の有無（培養検査）

③感染力の評価（塗抹検査）

セットでの  
実施が多い

※肺外結核の場合は、当該臓器の検索による（肺病変が併存する場合もある）

【上記①～③における、OMLの検査項目名（オーダーの多い順に記載）】

- ①
  - 1 「結核菌群核酸同定/リアルタイムPCR」
  - 2 「マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定/リアルタイムPCR」
  - 3 「抗酸菌同定（質量分析法）」
- ②
  - 1 「分離培養（MGIT）」
  - 2 「分離培養（小川法）」
- ③
  - 1 「塗抹鏡検/蛍光法（集菌法）」
  - 2 「塗抹鏡検/蛍光法」
  - 3 「塗抹鏡検/チールネルゼン法」

※PCR・塗抹検査はオーダー翌日に結果判明、培養検査は菌が生えた時点で報告有（約6週～8週）

# 抗酸菌検査 ～検体の種類～

## 【肺結核】

### ●喀痰

→ 喀痰で検出できない時は

- 胃液
- 気管支洗浄液

## 【肺外結核】

- 血液
- 胸水・腹水
- 骨髄液
- 尿
- 糞便
- 臓器や組織の生検材料など



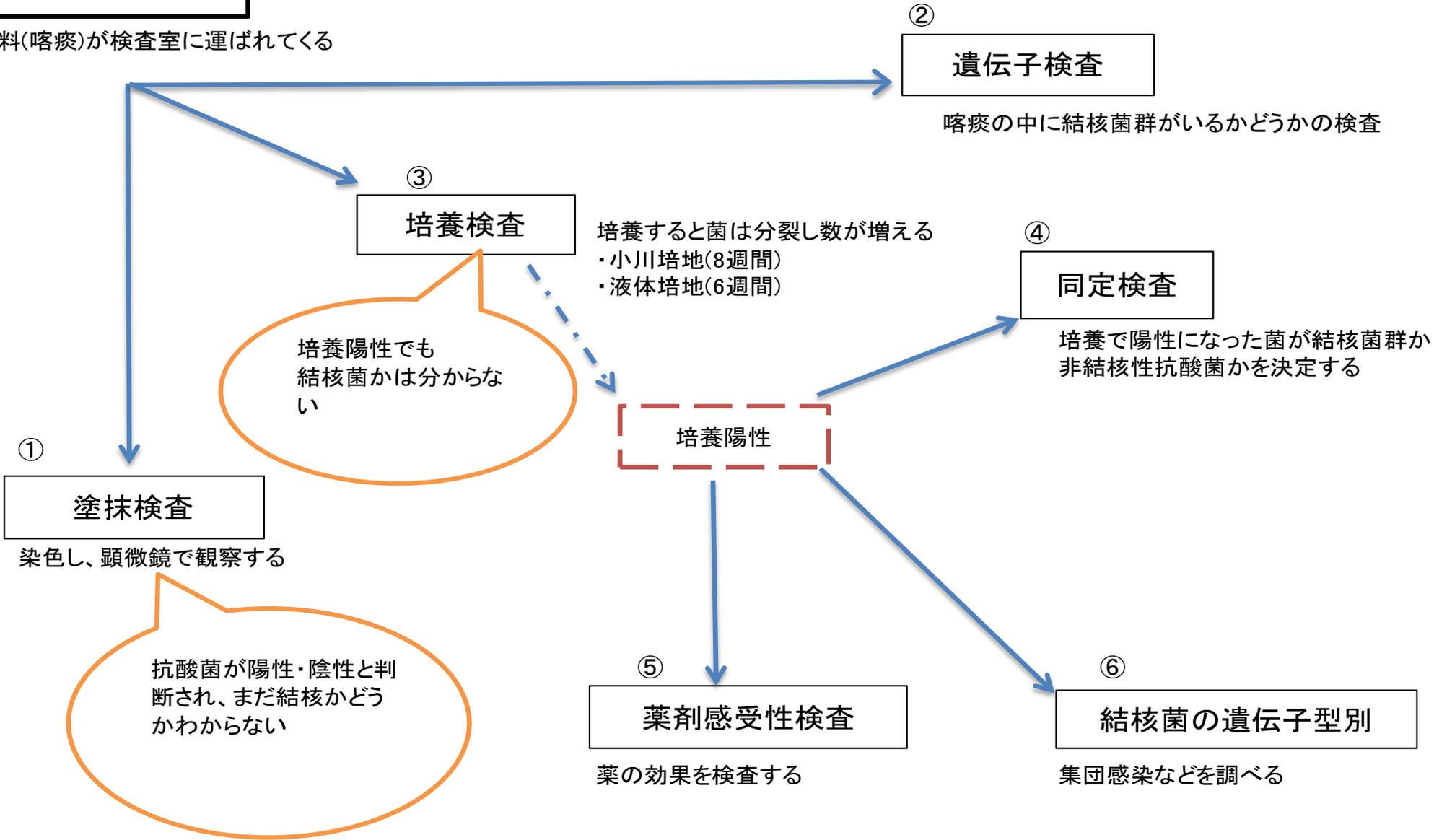
レントゲン画像や症状など、結核を示唆する所見がみられる場合は、  
喀痰を3日連続して採取し、抗酸菌検査を実施することで感染性の  
ある結核の早期発見につながる。

# 抗酸菌検査 ～検査内容～

菌 検 査	塗抹検査(S)	スライドガラスに検体を塗抹し、染色して顕微鏡を使って抗酸菌の有無や菌数を調べる <b>※陽性であっても結核菌とはいえない</b>
	培養検査(K)	菌または菌を含む検体を培地に植えて発育させ、生きている菌か死んでいる菌かを調べる ・最終結果が判明するまでの期間… 小川（固形）培地：8週間      液体培地：6週間
	遺伝子検査	短時間で結核菌群かどうかわかる ex) PCR、LAMPなど <b>※死んだ結核菌も陽性となる</b>
同定検査		培養検査で陽性になった菌が <b>結核菌</b> か <b>非結核性抗酸菌</b> かを調べる ex) キャピリアTB、DDH、アキュプロブ <sup>®</sup> 等
薬剤感受性試験		培養検査で陽性になった菌を用いて、結核菌に抗結核薬が効くかを調べる。薬剤耐性菌の場合には抗結核薬の種類や組み合わせを変更する。

# 抗酸菌検査の流れ

臨床材料(喀痰)が検査室に運ばれてくる



# 患者の早期発見のポイント

結核の診断は問診、臨床症状及び画像検査、菌検査等から総合的に行われる。

## 肺結核症を疑って検査を勧めるべき症例

15日以上長引く咳を訴える患者

抗生物質に反応の悪い不明熱のある患者

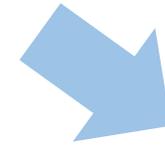
1年以内に塗抹陽性患者と接触した者

他疾患の治療中に咳、発熱が出現し治りにくい例

他医で結核疑いとされた症例

原因不明の体重減少、衰弱など。特に高齢者

過去に結核と診断されたことがある者



**胸部エックス線検査**

**喀痰の抗酸菌検査**

(痰の検査は、早朝痰含めて原則3日連続)

# 結核の高リスク者の注意点 ①

## 高齢者

- 食欲不振や体重減少などが主症状で、**咳や痰などの症状があらわれないこともあり、受診や診断が遅れることあり。**
- 胸部エックス線検査を定期的に撮る機会が少なく、発症に気づかず診断の遅れにつながることが多い。
- 施設入所者の場合、接触者が多くなり、多数への感染の危険がある。

# 結核の高リスク者の注意点 ②

## 結核高まん延国出生の若者 (技能実習生や留学生など)

- 学校や職場の健診（胸部エックス線検査）で異常が指摘されても、**無症状の場合は受診が遅れる**ことも多い。
- 結核への認識、言語の問題、労働環境などが原因となっている。
- 複数人で同居している場合が多く、診断が遅れると、周囲への感染の危険性が高まる。

# 結核患者入院・退院届

## 結核入院患者の届出義務(感染症法第53条の11)

病院管理者は、結核患者が入院したとき、又は入院している結核患者が退院したときは、**7日以内**に保健所へ届け出なければならない。

### 【届出先】

- 岡山県内在住の患者の場合は、  
「患者居住地の保健所」へ直接届出  
※登録や入院勧告を行うのは患者居住地を管轄する保健所となります。迅速な対応が必要となるため、岡山県庁より各医療機関等へ依頼しております。

- 岡山県外の患者の場合は、  
「届出医療機関の最寄り保健所」へ届出

### 【岡山市ホームページ】※発生届等の様式掲載

<https://www.city.okayama.jp/shisei/0000008281.html>

様式第1号(第2版印刷) **結核患者入院・退院届出書**

届出 年 月 日  
入・退院 年 月 日

29所記

フリガナ 患者氏名	男・女	胸部エックス線写真	字面分類 r i o i ii iii iv v
生年月日	年 月 日		
患者住所	-		
電話番号	-		

年 月 日撮影

1 退院理由  
①軽快 ②自己退院( ) ③転院(届出先( ))  
④死亡( ) ⑤死亡(他院・他施設)(届出先( ))

2 結核菌検査結果

月 日	/ / / / / / / /	検 ①陽性 ②陰性(陰性) ③胃液陰性 ④痰中陰性 ⑤痰中陰性 ⑥痰・吐物陰性 ⑦尿 ⑧鼻拭 ⑨その他( )
検体採取	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	※ 検出結果に「陽性」を認めると、その旨を記載ください。
検 査	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	①検査中 ②未実施(理由) ( ) ③不明(理由) ( )
検 査	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	①検査中 ②未実施(理由) ( ) ③不明(理由) ( )

3 結核菌同定検査 検査方法 ①DNA・ナイアシンテスト・アムプシリン・核酸増幅法、その他( )  
年 月 日 ①陽性(菌種) ②その他の菌 ③検査中 ④検査せず

4 薬剤感受性試験 ①感受性 ②耐性 ③検査中 ④不明なし  
年 月 日 薬剤名 ( ) ( ) ( ) ( )

5 届出医療機関 ①当院 ②他院 ③その他

1 医療費の区分 ①救済者本人 ②救済者家族 ③国保一般 ④国民健康保険 ⑤国民健康保険  
⑥高齢者医療給付 ⑦生活保護受給中 ⑧生活保護申請中 ⑨その他 ⑩不明

医療機関名  
及び所在地 電話番号 - -

管理者氏名

印

付記  
1. 届出書の提出及び届出済の患者に対する医療に関する情報は「結核発生届」より届出済の患者のみに基づき、医師の署名等により結核患者の入院・退院届出書とは別に、最寄りの保健所に届け出てください。  
2. 届出書の提出を要しない、又は不要とする場合があります。

発行NO

# 公費申請書

## 結核患者の医療（感染症法第37条の2）

結核患者又はその保護者から申請があった時は、当該結核患者が結核指定医療機関において厚生労働省令で定める医療を受けるために必要な費用の95%に相当する額を都道府県（岡山市）が負担できる。

※岡山市では結核患者に代わり、医療機関から直接感染症対策課窓口へ郵送して頂くことが多いです。

### 【有効期間】

- **保健所受理日（急ぎの場合はFAX受信日）** ～最大6か月まで

### 【必要書類】

- 感染症患者医療費公費負担申請書
- 胸部エックス線写真（申請前3か月以内に撮影したもの）  
※肺外結核の場合は胸部画像+病変部位のエックス線かCT画像が必要。

【岡山市ホームページ】※発生届等の様式掲載

<https://www.city.okayama.jp/shisei/0000008281.html>

感染症患者医療費公費負担申請書 (感染症)

岡山市長 殿

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第1項

（平成30年法律第114号）第37条の2第1項 の規定により、

医療費の公費負担を申請します。

氏名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 住所: \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_ 丁目 \_\_\_\_\_ 番 \_\_\_\_\_ 号 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

医療機関の名称: \_\_\_\_\_ 科: \_\_\_\_\_

診断日: \_\_\_\_\_

治療内容: \_\_\_\_\_

処方薬: \_\_\_\_\_

検査結果: \_\_\_\_\_

胸部エックス線写真: \_\_\_\_\_

診断書: \_\_\_\_\_

処方箋: \_\_\_\_\_

申請書: \_\_\_\_\_

申請日: \_\_\_\_\_

受付日: \_\_\_\_\_

備考: \_\_\_\_\_

※申請に「受付料」及び「記入上の必要」があり必ず添付してください。  
※申請書の提出については、本館の受付時間内に行ってください。

診断日当日に処方を行った場合でも、後日の申請となれば公費は受理日より前にさかのぼることができない。

# 感染症の診査に関する協議会

- 感染症法第24条に基づき、各保健所に感染症の診査に関する協議会（診査会）を設置。岡山市では、結核については特別に結核部会を設けている。
- 協議会委員は下記①～④に該当する人物から選出。  
岡山市結核部会では現在7名により構成されている。
  - ①感染症指定医療機関の医師
  - ②感染症の患者の医療に関し学識経験を有する者（①以外の者）
  - ③法律に関する学識経験者
  - ④医療・法律以外の学識経験者
- 就業制限・入院勧告報告、入院期間の延長、結核医療費の公費負担（行われる予定の医療が適切か、公費負担の対象とするか、等）に関する事項を診査。

**診査会開催日**

**基本的に毎月第1、第3水曜日に実施。**



# 結核一般医療（法第37条の2）の対象となる医療の区分

	項目	対象 適否		項目	対象 適否
診察	初診料	×	在宅	在宅時医学総合管理料	×
	再診料、外来管理加算	×		施設入居時医学総合管理料	×
	外来診療料	×	画像	X線検査	○
特定疾患療養管理料	×	CT		○	
医学管理	小児科外来診療料	×	投薬	化学療法	○
	外来栄養食事指導料	×		処方料、特定疾患処方管理加算	○
	薬剤情報提供料	×		調剤料	○
	診察情報提供料	×		処方せん料、特定疾患処方管理加算	○
	傷病手当金意見書交付料	×		調剤技術基本料	○
	療養費同意書交付料	×	注射	注射料	○
	診断書料・協力料	×	処置 手術 入院	外科的療法	○
結核菌検査	○	骨関節結核の装具療法		○	
副作用を確認するための検査	○	上記療法に必要な処置その他の治療		○	
検査	上記検査の判断料、採血料	○		上記療法に必要な入院	○
	上記以外の検査(血沈検査を含む)	×	食事	入院時食事療養（生活療養）	×

赤枠内は実施前に原則事前申請が必要。

表 結核の化学療法における薬剤選択と治療期間

	条件		薬剤選択と治療期間
結核患者	(1)薬剤耐性が疑われない (初回治療)	(ア)PZA使用可	①INH+RFP+PZA+SM(またはEB)の4剤併用療法を2月間 ②その後、INH+RFPの2剤併用療法を①の開始時から6月(180日)を経過するまで
		(イ)PZA使用不可	①INH+RFP+SM(またはEB)の3剤併用療法を2月間(ないし6月間) ②その後、INH+RFPの2剤併用療法を①の開始時から9月(270日)を経過するまで
	(2)薬剤耐性の可能性高い (初回治療または再治療)		①別表に掲げる順に、感受性を有すると想定される薬剤を3剤以上選択し併用療法開始 ②薬剤感受性検査の結果が判明した時点で必要に応じて薬剤を変更
潜在性結核感染症	(1)INH使用可		①INHの単独療法を6月間、必要に応じてさらに3月間 ②INH及びRFPの2剤併用療法を3月から4月間
	(2)INH使用不可		RFPの単独療法を4月間

## (別表)抗結核薬の種類

(ア)INH	イソニアジド
(イ)RFP	リファンピシン(又はRBT リファブチン)
(ウ)PZA	ピラジナミド
(エ)SM	硫酸ストレプトマイシン
(オ)EB	エタンブール
(カ)LVFX	レボフロキサシン
(キ)KM	硫酸カナマイシン
(ク)TH	エチオナミド
(ケ)EVM	硫酸エンビオマイシン
(コ)PAS	パラアミノサリチル酸
(サ)CS	サイクロセリン
(シ)DLM	デラマニド
(ス)BDQ	ベダキリン

R7.4削除

※薬剤耐性や副作用によって薬剤変更や内服期間が延びる場合がある。

引用文献:「結核医療の基準」令和3年10月18日改正

岡山市保健所 令和3年10月26日作成