

NTM患者さん 紹介シート

※可能な範囲でご記入ください。

NTM（肺非結核性抗酸菌症）は“無症状”でも油断は禁物です。

ご紹介元医療機関名：_____

ご担当医師名：_____、ご紹介日：_____年 ____月 ____日

患者基本情報

氏名	_____	年齢	____歳 / 男・女
住所	_____		
連絡先 (携帯 or 家族連絡先)	_____		



胸部CT	____年 ____月 ____日	□粒状影 □気管支拡張 □空洞
血液検査	____年 ____月 ____日	□抗MAC抗体陽性 CRP: ____ (正常 -)
喀痰検査	____年 ____月 ____日	□塗沫陽性 □培養陽性 (菌種 ____)

紹介目的（該当項目に✓）

□診断/治療 □診断のみ □アリケイス導入 □その他（ _____ ）

薬剤処方

□紹介元で対応 □特殊薬のみ病院で希望 □すべて病院で希望

ご参考に



診断指針



治療見解

大阪刀根山医療センター呼吸器内科

〒560-8552 大阪府豊中市刀根山5-1-1

Tel 06-6853-2001 / Fax 06-6853-3127

