

|           |                    |      |
|-----------|--------------------|------|
| 의안번호      | 제 호                | 의결사항 |
| 의결<br>연월일 | 2023. . .<br>(제 회) |      |

결핵예방법시행규칙  
일부개정법률안

|        |                        |
|--------|------------------------|
| 제출자    | 국무위원 ○○○<br>(○○○○○○장관) |
| 제출 연월일 | 2023. . .              |

법제처 심사 전

## 1. 개정이유 및 주요내용

인수공통결핵 관리 강화, 신고기한 준수 여부 및 신약 사용에 따른 내성 여부 등을 관리하기 위하여 신고·보고서와 사례조사서 서식의 직업 상 ‘축산 등 관련 종사자’를 추가하고, ‘진단일’ 신설 및 치료약제·항결핵약제 내성약제에 신약인 ‘프레토마니드(Pa)’를 추가하는 등 관련 서식을 정비 하려는 것임.

## 2. 참고사항

가. 관계법령 : 생      략

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합      의 : OOOO부 등과 합의되었음

라. 기      타 : 1) 신·구조문대비표, 별첨

2) 입법예고(9999. 12. 31. ~ 12. 31.) 결과, 특기할 사항  
없음

3) 행정규제 : 규제개혁위원회와 협의 결과, 이견 없음  
- 규제 신설·폐지 등, 없음

법률 제 호

## 결핵예방법 시행규칙 일부개정법률안

결핵예방법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호서식 및 별지 제2호서식을 각각 별지와 같이 한다.

## 부 칙

이 규칙은 공포한 날부터 시행한다.

## 결핵환자등 신고·보고서

(1쪽/3쪽)

※ 음영란은 신고·보고를 위한 필수정보이므로 반드시 작성합니다.

※ 2쪽의 신고방법 및 작성방법에 관한 안내를 읽고 작성하여 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표시합니다.

수신자: \_\_\_\_\_ 보건소장

팩스번호: \_\_\_\_\_

### 1. 신고: [ ]결핵환자등 진단·치료

[ ]결핵환자등 사망·사체검안(사망일: \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일)([ ]결핵 관련 사망, [ ]결핵 외의 원인에 의한 사망)

#### 가. 환자 및 사망자 인적사항

|                                                                                                                            |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| (1) 성명:                                                                                                                    | (2) 주민(외국인)등록번호:                         |
| (3) 나이: 만 _____세                                                                                                           | (4) 성별: [ ]남, [ ]여                       |
| (5) 의료보장 구분: [ ]국민건강보험([ ]본인부담액 경감 대상자), [ ]의료급여, [ ]보훈보상대상자, [ ]그 밖의 경우( )                                                | (6) 국적(외국인만 해당합니다): _____년 _____월 _____일 |
| (7) 최근 입국일(외국인만 해당합니다): _____년 _____월 _____일                                                                               | (8) 전화번호: _____                          |
| (9) 휴대전화번호: _____                                                                                                          | (10) 주소: _____                           |
| (11) 직업: [ ]교직원, [ ]보건의료인, [ ]학생, [ ]군인, [ ]이·미용업, [ ]식품접객업, [ ]선원(원양), [ ]항공기 객실승무원, [ ]축산 등 관련 종사자, [ ]그 밖의 직업( ), [ ]무직 | (12) 시설명(직장, 학교, 요양시설 등): _____          |
| (13) 시설(직장, 학교, 요양시설 등) 주소: _____                                                                                          |                                          |

#### 나. 검사, 진단, 치료 정보

[결핵 초회 검사] ※ 해당란에 √표시합니다.

| (14) 초회 검사 종류    | (15) 검사 상태 및 결과 |     |      |    |     | (16) 검체채취일<br>(또는 검사일자) | (17) 검체종류      |
|------------------|-----------------|-----|------|----|-----|-------------------------|----------------|
|                  | 미 실시            | 검사중 | 검사완료 | 양성 | 음성  |                         |                |
| 흉부X선검사           |                 |     |      | 공동 | NTM | _____년 _____월 _____일    |                |
| 도말검사             |                 |     |      |    |     | _____년 _____월 _____일    | [ ]객담, [ ]객담외: |
| 배양검사             |                 |     |      |    |     | _____년 _____월 _____일    | [ ]객담, [ ]객담외: |
| 핵산증폭검사(TB-PCR검사) |                 |     |      |    |     | _____년 _____월 _____일    | [ ]객담, [ ]객담외: |
| Xpert MTB/RIF검사  |                 |     |      |    |     | _____년 _____월 _____일    | [ ]객담, [ ]객담외: |
| 조직검사             |                 |     |      |    |     | _____년 _____월 _____일    |                |

#### [진단 및 초치료 약제]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (18) 질병코드: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (18-1) 진단일: _____년 _____월 _____일                                                                                                                                                                                                                    | (20) 환자구분: [ ]신환자(초치료자)<br>[ ]재치료자([ ]재발자,<br>[ ]실패 후 재치료자,<br>[ ]중단 후 재치료자,<br>[ ]이전 치료결과 불명확)<br>[ ]과거 치료여부 불명확 |
| (19) 결핵종류<br>[ ]폐결핵(폐실질 또는 후두, 기관 및 기관지를 침범한 결핵, 좁쌀결핵)<br>[ ]폐외결핵(병변위치: _____)<br>[ ]폐결핵 및 폐외결핵(병변위치: _____)                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   |
| (21) 해당 의료기관에서 치료 실시 여부: [ ]치료함(치료 시작·예정일: _____년 _____월 _____일)<br>[ ]치료안함                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |
| (22) 치료약제: [ ]H, [ ]R, [ ]E, [ ]Z, [ ]RFB, [ ]RPT, [ ]Km, [ ]Am, [ ]Cm, [ ]S, [ ]Lfx, [ ]Mfx, [ ]Ofx, [ ]Gfx, [ ]Pto, [ ]Cs, [ ]PAS, [ ]Eto, [ ]Trd, [ ]PAS-Na, [ ]Lzd, [ ]Clr, [ ]Bdq, [ ]Dlm, [ ]Cfz, [ ]Mpm, [ ]Amx/Clv, [ ]lpm/Cln, [ ]high dose H, [ ]T, [ ]Pa, [ ]그 밖의 약제( ) |                                                                                                                   |

#### [약제감수성검사]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (23) 약제감수성검사 결과: [ ]미실시, [ ]검사중, [ ]검사완료 ([ ]내성 없음, [ ]내성 있음)                                                                                                                                                                                                                             |
| (24) 약제감수성검사 방법: [ ]통상감수성검사, [ ]신속감수성검사, [ ]실시간 중합효소연쇄반응검사(Xpert MTB/RIF검사 등)                                                                                                                                                                                                             |
| (25) 항결핵약제 내성 약제: [ ]H, [ ]R, [ ]E, [ ]Z, [ ]RFB, [ ]RPT, [ ]Km, [ ]Am, [ ]Cm, [ ]S, [ ]Lfx, [ ]Mfx, [ ]Ofx, [ ]Gfx, [ ]Pto, [ ]Cs, [ ]PAS, [ ]Eto, [ ]Trd, [ ]PAS-Na, [ ]Lzd, [ ]Clr, [ ]Bdq, [ ]Dlm, [ ]Cfz, [ ]Mpm, [ ]Amx/Clv, [ ]lpm/Cln, [ ]high dose H, [ ]T, [ ]Pa, [ ]그 밖의 약제( ) |
| (26) 항결핵약제 내성 종류: [ ]광범위약제내성결핵, [ ]광범위약제내성 전 단계 결핵, [ ]다제내성결핵, [ ]리팜핀단독내성결핵, [ ]이소니아지드단독내성결핵                                                                                                                                                                                              |
| (27) 검체 채취일: _____년 _____월 _____일                                                                                                                                                                                                                                                         |

### 2. 치료 결과 보고

|                                                                                                                                  |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| (28) 치료 결과 구분: [ ]완치, [ ]완료, [ ]실패, [ ]중단, [ ]사망([ ]결핵 관련 사망, [ ]결핵 외의 원인에 의한 사망), [ ]평가 미정, [ ]진단 변경([ ]NTM, [ ]종양, [ ]그 밖의 질병) |                                   |
| (29) 치료 결과 판정일: _____년 _____월 _____일                                                                                             | (30) 치료 종료일: _____년 _____월 _____일 |

#### (31) 특기사항:

#### [신고·보고자]

|                                   |                     |                |                 |
|-----------------------------------|---------------------|----------------|-----------------|
| (32) 신고·보고일: _____년 _____월 _____일 | (33) 요양기관 기호: _____ | 요양기관 이름: _____ | 요양기관 연락처: _____ |
| (34) 담당의사 성명: _____               | 의사면허번호: _____       | 진료과목: _____    | (서명 또는 인)       |

「결핵예방법」 제8조 및 같은 법 시행규칙 제3조에 따라 위와 같이 결핵환자등을 신고·보고합니다.

## 신고방법

1. 결핵은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제2급감염병으로, 질병관리청장이 정하여 고시하는 「감염병의 진단기준」에 따라 결핵환자들을 진단 및 치료한 경우 또는 결핵환자들이 사망하였거나 그 사체를 검안한 경우에는 24시간 이내에 관할 보건소장에게 신고서를 제출해야 합니다.
2. 신고 당시 검사를 아직 실시하지 않았거나 검사 중인 경우에는 확인 가능한 항목만 기입하여 신고하되, 검사결과에 따라 해당 항목을 기입하여 보완신고해야 합니다.
3. 신고한 결핵환자들을 치료한 경우 그 결과를 관할 보건소장에게 보고해야 합니다.
4. 팩스 또는 정보시스템[질병보건통합관리시스템(<https://is.kdca.go.kr>) 내 결핵통합관리시스템]을 통해 신고합니다.

## 작성방법

### 1. 신고

#### 가. 환자 및 사망자 인적사항

- (1) 성명: 특수기호나 공백 없이 한글로 적습니다(외국인의 경우에는 외국인등록증에 기재된 영문명을 적되, 외국인등록증이 없으면 여권에 기재된 영문명을 적습니다).
- (2) 주민(외국인)등록번호: 주민등록번호 13자리를 적습니다(외국인의 경우에는 외국인등록번호를 적되, 외국인등록번호가 없으면 여권에 기재된 생년월일과 여권번호를 적습니다).
  - ※ 환자(사망자)의 주민(외국인)등록번호를 알 수 없는 경우에는 확인 가능한 범위까지만 적고 나머지 부분에는 “\*”를 적습니다.
- (5) 의료보장 구분: 해당하는 의료보장에 √표시하며, 가입되어 있거나 수급 중인 의료보장이 없는 경우에는 “해당없음”란에 √표시합니다.
- (11) 직업: 해당하는 직업에 √표시하며, 직업이 두 개 이상인 경우에는 해당 직업을 모두 적습니다.
  - ※ 축산 등 관련 종사자 : 가축 관련 종사자, 동물원 관련 종사자
    - ① 가축 관련 종사자: 가축 농장 종사자, 수의사, 가축인공수정사, 가축 방역사, 가축방역 담당공무원, 도축장 종사자, 가축분뇨 처리자, 가축농장 출입 차량 운전자
    - ② 동물원 관련 종사자: 동물원 종사자(사육사, 수의사, 직원) 등
- (12)·(13) 시설명 및 시설 주소: 환자가 소속된 직장, 학교 및 요양시설 등의 시설명과 주소를 적고, 직업이 두 개 이상인 경우에는 직업별로 해당 시설명과 주소를 모두 적습니다.

#### 나. 검사, 진단, 치료 정보

##### [결핵 초회 검사]

- (14) 초회 검사 종류: 초회 검사는 반드시 실시하되, 검사를 아직 실시하지 않았거나 검사 중인 경우에는 검사결과에 따라 보완신고합니다.
- (15) 검사 상태 및 결과: 흉부X선검사의 경우 검사결과 결핵이 의심되면 “양성”란에 √표시합니다.
- (17) 검체종류: 검체가 객담이 아닌 경우에는 “객담외”란에 √표시하고, 해당하는 검체종류를 적습니다.

##### [진단 및 초치료 약제]

- (18) 질병코드: 결핵 질병코드 중 해당하는 세세분류 코드를 적되, 세세분류가 없거나 세세분류를 모르는 경우에는 세분류 코드를 적습니다.
- (18-1) 진단일: 결핵환자들을 처음 진단한 날짜를 적습니다.
- (19) 결핵종류: 폐외결핵의 경우에는 병변의 위치를 적습니다.
- (20) 환자구분: 3쪽의 환자구분 및 정의를 참조하여 해당되는 곳에 √표시합니다.
- (21) 해당 의료기관에서 치료 실시 여부: 해당 의료기관에서 진단 후 치료하지 않고 다른 기관으로 전원한 경우에는 “치료안함”란에 √표시합니다.
- (22) 치료약제: 결핵환자들의 진단 후 해당 의료기관에서 최초로 처방한 약제의 성분명을 기입합니다.

※ 치료약제의 성분명(약칭)

isoniazid(H), rifampicin(R), ethambutol(E), pyrazinamide(Z), rifabutin(RFB), rifapentine(RPT), kanamycin(Km), amikacin(Am), capreomycin(Cm), streptomycin(S), levofloxacin(Lfx), moxifloxacin(Mfx), ofloxacin(Ofx), gatifloxacin(Gfx), prothionamide(Pto), cycloserine(Cs), p-aminosalicylicacid(PAS), ethionamide(Eto), terizidone(Trd), sodium p-aminosalicylicacid(PAS-Na), linezolid(Lzd), clarithromycin(Clr), bedaquiline(Bdq), delamanid(Dlm), clofazimine(Cfz), meropenem(Mpm), amoxicillin/clavulanate(Amx/Clv), imipenem/cilastatin(Ipm/Cln), high dose isoniazid(high dose H), thioacetazone(T), pretomanid(Pa)

##### [약제감수성검사]

- (23) ~ (27): 약제감수성검사를 시행할 때마다 보완신고합니다.
- (26) 항결핵약제 내성 종류: 3쪽의 항결핵약제 내성 종류 구분 및 정의를 참조하여 해당되는 곳에 √표시합니다.
- (27) 검체 채취일: 약제감수성검사 의뢰용 검체를 환자로부터 채취한 날짜를 적습니다(검사 중인 경우에도 적습니다)

### 2. 치료 결과 보고

- (28) 치료 결과 구분: 3쪽의 치료 결과 구분 및 정의를 참조하여 해당되는 곳에 √표시합니다.
- (29) 치료 결과 판정일: 치료 결과를 판정한 날짜를 적고, 다른 의료기관으로 전원하는 경우에는 마지막 진료일을 적습니다.
- (30) 치료 종료일: 해당 의료기관에서 치료(투약)를 종료한 날짜를 적습니다.
- (31) 특기사항: 환자 실거주지, 과거 치료약제, 수정·보완 내역, 다른 의료기관으로부터 전원된 경우 관련 사항 등 신고·보고서에 작성한 정보 외에 중요한 정보를 적습니다.

##### [신고·보고자]

- (32) 신고·보고일: 신고·보고자가 관할 보건소로 처음 신고한 날짜를 적습니다(팩스를 통해 신고하는 경우에는 팩스 송신일을, 정보시스템을 통해 신고하는 경우에는 정보시스템 입력일을 적습니다).

| 환자구분 및 정의   |                                                                                                                                                           |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 구분          | 정의                                                                                                                                                        |
| 신환자(초치료자)   | 과거에 결핵 치료를 한 적이 없는 경우<br>※ 과거에 항결핵제를 복용한 적이 있더라도 복용기간의 총합이 1개월 미만인 경우<br>※ 다른 병원에서 신환자(초치료자)로 치료하다가 치료 결과 중 완치·완료·실패·중단에 해당 사항이 없으면서 단순히 다른 의료기관으로 전원한 경우 |
| 재치료자        | 과거에 항결핵제를 복용한 적이 있고 복용 기간의 총합이 1개월 이상인 경우<br>※ 가장 최근의 치료 결과에 따라 아래와 같이 분류합니다.                                                                             |
| 재발자         | 가장 최근의 치료 결과가 완치 또는 완료인 환자에게 다시 결핵이 발병한 경우                                                                                                                |
| 실패 후 재치료자   | 가장 최근의 치료 결과가 실패인 환자가 재치료를 하는 경우                                                                                                                          |
| 중단 후 재치료자   | 가장 최근의 치료 결과가 중단인 환자가 재치료를 하는 경우                                                                                                                          |
| 이전 치료결과 불명확 | 과거 결핵 치료를 받은 적이 있으나 가장 최근의 치료 결과를 알 수 없는 경우<br>※ “완치,” “완료,” “실패,” “중단” 등 치료 결과는 아래의 “치료 결과 구분 및 정의”를 참조합니다.                                              |
| 과거 치료여부 불명확 | 과거 치료 여부를 알 수 없는 경우                                                                                                                                       |

| 치료 결과 구분 및 정의 |                                                                                                     |                                                                                                                                                                             |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 구분            | 감수성결핵                                                                                               | 내성결핵<br>(다제내성/리팜핀내성결핵)                                                                                                                                                      |
| 완치            | 치료 종결 후(마지막 달) 시행한 객담 배양 검사 결과가 음성이고, 그 전에 한 번 이상 배양이 음성이었던 경우                                      | 실패 없이 치료를 완료한 세균학적 양성환자로, 집중치료기 이후 최소 28일 간격으로 연속하여 시행한 배양 검사에서 3회 이상 음성인 경우                                                                                                |
| 완료            | 치료를 종결하였지만 치료 실패의 증거가 없고, 치료 종결 후(마지막 달)의 객담 도말 및 배양 음성 결과가 없지만 이전의 도말 및 배양 검사 결과가 적어도 1회 이상 음성인 경우 | 실패 없이 치료를 완료하였으나 균 배양 음성 기준이 완치를 충족하지 못하는 경우                                                                                                                                |
| 실패            | 치료 4개월 후 또는 그 이후 시행한 객담 배양 검사 결과가 양성인 경우                                                            | 아래 이유들 중 하나로 치료가 종료되었거나 최소 2가지 이상 항결핵제의 영구적인 처방 변경이 있는 경우<br>- 집중 치료기 종료 시 음전 실패<br>- 유지 치료기 동안 세균학적인 양전<br>- 퀴놀론, 리네졸리드, 베다퀼린, 델라마니드 중 한 가지 이상에 추가로 내성이 획득된 경우<br>- 약제 부작용 |
| 중단            | 치료를 시작하지 않았거나, 연속하여 2달 이상 치료가 중단된 경우                                                                |                                                                                                                                                                             |
| 사망            | 어떤 이유로든 치료 시작 전 또는 치료 도중에 사망한 경우                                                                    |                                                                                                                                                                             |
| 평가 미정         | 완치·완료·실패·중단에 해당하지 않은 경우(다른 의료기관으로 전원되어 치료 결과를 알 수 없는 경우를 포함함)                                       |                                                                                                                                                                             |
| 진단변경          | 결핵 외의 다른 질환으로 진단이 변경된 경우                                                                            |                                                                                                                                                                             |

| 항결핵약제 내성 종류 구분 및 정의 |                                                                                                                                                                |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 구분                  | 정의                                                                                                                                                             |
| 광범위약제내성결핵           | 리팜핀내성결핵 또는 다제내성결핵이면서 한 가지 이상의 퀴놀론계 약제*에 내성이고, 그 외 A군 약제** 한 가지 이상에 내성을 보이는 결핵<br>*레보플록사신(Lfx), 목시플록사신(Mfx), 오픈록사신(Ofx), 가티플록사신(Gfx)<br>**베다퀼린(Bdq), 리네졸리드(Lzd) |
| 광범위약제내성 전 단계 결핵     | 리팜핀내성결핵 또는 다제내성결핵이면서 한 가지 이상의 퀴놀론계 약제에 내성을 보이는 결핵                                                                                                              |
| 다제내성결핵              | 리팜핀과 이소니아지드 약제에 모두 내성을 보이는 결핵                                                                                                                                  |
| 리팜핀단독내성결핵           | 리팜핀 약제에 내성을 보이며, 이소니아지드 약제에 감수성이거나 감수성을 확인할 수 없는 결핵                                                                                                            |
| 이소니아지드 단독내성결핵       | 이소니아지드 약제에 내성을 보이며 리팜핀 약제에 감수성을 보이는 결핵                                                                                                                         |

## 결핵환자등 사례조사서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표시합니다.

| 가. 인적사항                                       |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------|-----------------------------|-----|
| (1) 성명                                        |                                                                                                                                                                                                                               | (2) 생년월일                                                         | 년 월 일    | (5) 연락처                     | 주택:                         |     |
| (3) 성별                                        | [ ]남 [ ]여                                                                                                                                                                                                                     | (4) 나이                                                           | 만 세      |                             | 직장:                         |     |
|                                               |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             | 휴대전화:                       |     |
| (6) 의료보장 구분                                   | [ ]국민건강보험([ ]본인부담액 경감 대상자), [ ]의료급여, [ ]보훈보상대상자, [ ]그 밖의 경우( ), [ ]해당없음                                                                                                                                                       |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (7) 주소                                        |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (8) ~ (10)의 항목은 외국인만 작성합니다.                   |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (8) 국적                                        |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  | (9) 체류자격 |                             |                             |     |
| (10) 입국일                                      |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (11) 직업                                       | [ ]교직원 [ ]보건의료인([ ]의사 [ ]간호사 [ ]간호조무사 [ ]방사선사 [ ]임상병리사 [ ]물리치료사 [ ]그 밖의 경우( )) [ ]학생 [ ]군인([ ]직업군인 [ ]현역군인 [ ]사회복무요원) [ ]이미용업 [ ]식품접객업 [ ]선원(원양) [ ]항공기 객실승무원 [ ]축산 등 관련 종사자([ ]가축 관련 종사자 [ ]동물원 관련 종사자) [ ]그 밖의 직업 ( ) [ ]무직 |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (12) 시설명(직장, 학교, 요양시설 등)                      |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (13) 시설 구분                                    | [ ]학교 [ ]의료기관 [ ]군부대 [ ]경찰관서 [ ]교정시설 [ ]사회복지시설 [ ]사업장 [ ]그 밖의 시설( )                                                                                                                                                           |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (14) 시설 주소                                    |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (15) ~ (20)의 항목은 생후 24개월 이하인 영유아에 대해서만 작성합니다. |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (15) 출생병원 명칭                                  |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (16) 출생병원 주소                                  |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (17) 분만형태                                     | [ ]자연분만 [ ]제왕절개                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (18) 산후조리원 이용                                 | [ ]이용함 [ ]이용안함                                                                                                                                                                                                                |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (19) 산후조리원 명칭                                 |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (20) 산후조리원 주소                                 |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| 나. 접촉자 정보                                     |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (21) 주거형태                                     | [ ]2인 이상 가구 [ ]1인 가구 [ ]기숙사 거주 [ ]시설(요양시설, 복지시설 등) 거주                                                                                                                                                                         |                                                                  |          |                             |                             |     |
| (22) 주변의 결핵환자 유무                              | [ ]있음 [ ]없음 [ ]모름                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |          |                             |                             |     |
|                                               | ※ 아래 항목은 “있음”인 경우에만 작성합니다.                                                                                                                                                                                                    |                                                                  |          |                             |                             |     |
|                                               | 순서                                                                                                                                                                                                                            | 관계                                                               |          |                             | 치료상태                        |     |
|                                               | 1                                                                                                                                                                                                                             | [ ]조부 [ ]부 [ ]모 [ ]배우자 [ ]형제·자매 [ ]자녀 [ ]손자·손녀 [ ]친척 [ ]그 밖의 동거인 |          |                             | [ ]미치료 [ ]치료중 [ ]치료완료 [ ]모름 |     |
|                                               | 2                                                                                                                                                                                                                             | [ ]조부 [ ]부 [ ]모 [ ]배우자 [ ]형제·자매 [ ]자녀 [ ]손자·손녀 [ ]친척 [ ]그 밖의 동거인 |          |                             | [ ]미치료 [ ]치료중 [ ]치료완료 [ ]모름 |     |
| 3                                             | [ ]조부 [ ]부 [ ]모 [ ]배우자 [ ]형제·자매 [ ]자녀 [ ]손자·손녀 [ ]친척 [ ]그 밖의 동거인                                                                                                                                                              |                                                                  |          | [ ]미치료 [ ]치료중 [ ]치료완료 [ ]모름 |                             |     |
| (23) 가족 및 동거인                                 | 순서                                                                                                                                                                                                                            | 관계                                                               | 성명       | 연령                          | 성별                          | 연락처 |
|                                               | 1                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |          | 만 세                         |                             |     |
|                                               | 2                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |          | 만 세                         |                             |     |
|                                               | 3                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |          | 만 세                         |                             |     |
|                                               | 4                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |          | 만 세                         |                             |     |
|                                               | 5                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |          | 만 세                         |                             |     |

| 다. 검사·진단 및 치료에 관한 사항                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|------|-------------------|------------------|------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------|------|--|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|--|------|--|--|--|------------------------------------------------------------|--|--|--|-----|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| (24) 결핵 환자가 느낀 증상<br>(해당되는 항목을 모두 표시합니다) | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 객담(가래) <input type="checkbox"/> 흉통 <input type="checkbox"/> 호흡곤란<br><input type="checkbox"/> 체중감소 <input type="checkbox"/> 야간발한 <input type="checkbox"/> 발열 <input type="checkbox"/> 객혈 <input type="checkbox"/> 그 밖의 증상( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| (25) 위의 증상이 처음 나타난 시기                    | <div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| (26) 키 및 몸무게                             | <div> <div>cm,</div> <div>kg</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| (27) 초회 검사 결과                            | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">초회검사종류</th> <th>흉부X선검사</th> <th>도말검사</th> <th>배양검사</th> <th>핵산증폭검사 (TB-PCR검사)</th> <th>Xpert MTB/RIF 검사</th> <th>조직검사</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">검사상태 및 결과</td> <td>미 실시</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>검사중</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">검사완료</td> <td> <input type="checkbox"/>결핵의심<br/> <input type="checkbox"/>공동 ( )               </td> <td> <input type="checkbox"/>양성<br/> <input type="checkbox"/>trace<br/> <input type="checkbox"/>+ <input type="checkbox"/>++<br/> <input type="checkbox"/>+++ <input type="checkbox"/>++++               </td> <td> <input type="checkbox"/>양성<br/> <input type="checkbox"/>+ <input type="checkbox"/>++<br/> <input type="checkbox"/>+++ <input type="checkbox"/>++++               </td> <td><input type="checkbox"/>양성</td> <td><input type="checkbox"/>양성</td> <td><input type="checkbox"/>양성</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>정상</td> <td><input type="checkbox"/>음성</td> <td><input type="checkbox"/>음성<br/>(<input type="checkbox"/>NTM )</td> <td><input type="checkbox"/>음성<br/>(<input type="checkbox"/>NTM )</td> <td><input type="checkbox"/>음성</td> <td><input type="checkbox"/>음성</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>불명</td> <td><input type="checkbox"/>불명</td> <td><input type="checkbox"/>불명</td> <td><input type="checkbox"/>불명</td> <td><input type="checkbox"/>불명</td> <td><input type="checkbox"/>불명</td> </tr> <tr> <td colspan="2">검체종류</td> <td> <input type="checkbox"/>객담<br/> <input type="checkbox"/>객담외:               </td> <td> <input type="checkbox"/>객담<br/> <input type="checkbox"/>객담외:               </td> <td> <input type="checkbox"/>객담<br/> <input type="checkbox"/>객담외:               </td> <td> <input type="checkbox"/>객담<br/> <input type="checkbox"/>객담외:               </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">배지종류</td> <td colspan="2"></td> <td> <input type="checkbox"/>고체<br/> <input type="checkbox"/>액체               </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">검사일</td> <td>년 월 일</td> <td>년 월 일</td> <td>년 월 일</td> <td>년 월 일</td> <td>년 월 일</td> <td>년 월 일</td> </tr> <tr> <td colspan="2">결과확인일</td> <td>년 월 일</td> <td>년 월 일</td> <td>년 월 일</td> <td>년 월 일</td> <td>년 월 일</td> <td>년 월 일</td> </tr> </tbody> </table>                                   |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             | 초회검사종류 |                                                                                                                                                          | 흉부X선검사 | 도말검사 | 배양검사 | 핵산증폭검사 (TB-PCR검사) | Xpert MTB/RIF 검사 | 조직검사 | 검사상태 및 결과 | 미 실시                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  | 검사중                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  | 검사완료        | <input type="checkbox"/> 결핵의심<br><input type="checkbox"/> 공동 ( )                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 양성<br><input type="checkbox"/> trace<br><input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++<br><input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ | <input type="checkbox"/> 양성<br><input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++<br><input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ | <input type="checkbox"/> 양성 | <input type="checkbox"/> 양성 | <input type="checkbox"/> 양성 | <input type="checkbox"/> 정상 | <input type="checkbox"/> 음성                                          | <input type="checkbox"/> 음성<br>( <input type="checkbox"/> NTM ) | <input type="checkbox"/> 음성<br>( <input type="checkbox"/> NTM ) | <input type="checkbox"/> 음성 | <input type="checkbox"/> 음성 | <input type="checkbox"/> 불명 | <input type="checkbox"/> 불명 | <input type="checkbox"/> 불명 | <input type="checkbox"/> 불명 | <input type="checkbox"/> 불명                         | <input type="checkbox"/> 불명 | 검체종류 |  | <input type="checkbox"/> 객담<br><input type="checkbox"/> 객담외: | <input type="checkbox"/> 객담<br><input type="checkbox"/> 객담외: | <input type="checkbox"/> 객담<br><input type="checkbox"/> 객담외: | <input type="checkbox"/> 객담<br><input type="checkbox"/> 객담외: |  |  | 배지종류 |  |  |  | <input type="checkbox"/> 고체<br><input type="checkbox"/> 액체 |  |  |  | 검사일 |  | 년 월 일 | 년 월 일 | 년 월 일 | 년 월 일 | 년 월 일 | 년 월 일 | 결과확인일 |  | 년 월 일 | 년 월 일 | 년 월 일 | 년 월 일 | 년 월 일 | 년 월 일 |
| 초회검사종류                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 흉부X선검사                                                           | 도말검사                                                                                                                                                                                  | 배양검사                                                                                                                                                | 핵산증폭검사 (TB-PCR검사)                                               | Xpert MTB/RIF 검사            | 조직검사                        |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| 검사상태 및 결과                                | 미 실시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
|                                          | 검사중                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
|                                          | 검사완료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 결핵의심<br><input type="checkbox"/> 공동 ( ) | <input type="checkbox"/> 양성<br><input type="checkbox"/> trace<br><input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++<br><input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ | <input type="checkbox"/> 양성<br><input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++<br><input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ | <input type="checkbox"/> 양성                                     | <input type="checkbox"/> 양성 | <input type="checkbox"/> 양성 |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 정상                                      | <input type="checkbox"/> 음성                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 음성<br>( <input type="checkbox"/> NTM )                                                                                     | <input type="checkbox"/> 음성<br>( <input type="checkbox"/> NTM ) | <input type="checkbox"/> 음성 | <input type="checkbox"/> 음성 |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 불명                                      | <input type="checkbox"/> 불명                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 불명                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 불명                                     | <input type="checkbox"/> 불명 | <input type="checkbox"/> 불명 |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| 검체종류                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 객담<br><input type="checkbox"/> 객담외:     | <input type="checkbox"/> 객담<br><input type="checkbox"/> 객담외:                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 객담<br><input type="checkbox"/> 객담외:                                                                                        | <input type="checkbox"/> 객담<br><input type="checkbox"/> 객담외:    |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| 배지종류                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 고체<br><input type="checkbox"/> 액체                                                                                          |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| 검사일                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 년 월 일                                                            | 년 월 일                                                                                                                                                                                 | 년 월 일                                                                                                                                               | 년 월 일                                                           | 년 월 일                       | 년 월 일                       |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| 결과확인일                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 년 월 일                                                            | 년 월 일                                                                                                                                                                                 | 년 월 일                                                                                                                                               | 년 월 일                                                           | 년 월 일                       | 년 월 일                       |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| (28) 약제감수성검사                             | <table border="1"> <thead> <tr> <th>결과</th> <th colspan="7"> <input type="checkbox"/>미실시      <input type="checkbox"/>검사중      <input type="checkbox"/>검사완료 (<input type="checkbox"/>내성 없음 <input type="checkbox"/>내성 있음)               </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">검사방법</td> <td colspan="7"> <input type="checkbox"/>통상감수성검사      <input type="checkbox"/>신속감수성검사<br/> <input type="checkbox"/>실시간 중합효소연쇄반응검사 (Xpert MTB/RIF검사 등)               </td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <div> <div>항결핵약제</div> <div>내성</div> <div>약제</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>H</div> <div><input type="checkbox"/>R</div> <div><input type="checkbox"/>E</div> <div><input type="checkbox"/>Z</div> <div><input type="checkbox"/>RFB</div> <div><input type="checkbox"/>RPT</div> <div><input type="checkbox"/>Km</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Am</div> <div><input type="checkbox"/>Cm</div> <div><input type="checkbox"/>S</div> <div><input type="checkbox"/>Lfx</div> <div><input type="checkbox"/>Mfx</div> <div><input type="checkbox"/>Ofx</div> <div><input type="checkbox"/>Gfx</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Pto</div> <div><input type="checkbox"/>Cs</div> <div><input type="checkbox"/>PAS</div> <div><input type="checkbox"/>Eto</div> <div><input type="checkbox"/>Trd</div> <div><input type="checkbox"/>PAS-Na</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Lzd</div> <div><input type="checkbox"/>Clr</div> <div><input type="checkbox"/>Bdq</div> <div><input type="checkbox"/>Dlm</div> <div><input type="checkbox"/>Cfz</div> <div><input type="checkbox"/>Mpm</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Amx/Clv</div> <div><input type="checkbox"/>Ipm/Cln</div> <div><input type="checkbox"/>high dose H</div> <div><input type="checkbox"/>T</div> <div><input type="checkbox"/>Pa</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>그 밖의 약제( )</div> </div> </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">항결핵약제 내성 종류</td> <td colspan="7"> <input type="checkbox"/>광범위약제내성결핵      <input type="checkbox"/>리팜핀단독내성결핵<br/> <input type="checkbox"/>광범위약제내성 전 단계 결핵      <input type="checkbox"/>이소니아지드단독내성결핵<br/> <input type="checkbox"/>다제내성결핵               </td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <div> <div>검 사 일</div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">결과확인일</td> <td colspan="5"> <div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> </div> </td> </tr> </tbody> </table> |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             | 결과     | <input type="checkbox"/> 미실시 <input type="checkbox"/> 검사중 <input type="checkbox"/> 검사완료 ( <input type="checkbox"/> 내성 없음 <input type="checkbox"/> 내성 있음) |        |      |      |                   |                  |      | 검사방법      | <input type="checkbox"/> 통상감수성검사 <input type="checkbox"/> 신속감수성검사<br><input type="checkbox"/> 실시간 중합효소연쇄반응검사 (Xpert MTB/RIF검사 등) |  |  |  |  |  |  | <div> <div>항결핵약제</div> <div>내성</div> <div>약제</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>H</div> <div><input type="checkbox"/>R</div> <div><input type="checkbox"/>E</div> <div><input type="checkbox"/>Z</div> <div><input type="checkbox"/>RFB</div> <div><input type="checkbox"/>RPT</div> <div><input type="checkbox"/>Km</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Am</div> <div><input type="checkbox"/>Cm</div> <div><input type="checkbox"/>S</div> <div><input type="checkbox"/>Lfx</div> <div><input type="checkbox"/>Mfx</div> <div><input type="checkbox"/>Ofx</div> <div><input type="checkbox"/>Gfx</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Pto</div> <div><input type="checkbox"/>Cs</div> <div><input type="checkbox"/>PAS</div> <div><input type="checkbox"/>Eto</div> <div><input type="checkbox"/>Trd</div> <div><input type="checkbox"/>PAS-Na</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Lzd</div> <div><input type="checkbox"/>Clr</div> <div><input type="checkbox"/>Bdq</div> <div><input type="checkbox"/>Dlm</div> <div><input type="checkbox"/>Cfz</div> <div><input type="checkbox"/>Mpm</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Amx/Clv</div> <div><input type="checkbox"/>Ipm/Cln</div> <div><input type="checkbox"/>high dose H</div> <div><input type="checkbox"/>T</div> <div><input type="checkbox"/>Pa</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>그 밖의 약제( )</div> </div> |  |  |  |  |  |  | 항결핵약제 내성 종류 | <input type="checkbox"/> 광범위약제내성결핵 <input type="checkbox"/> 리팜핀단독내성결핵<br><input type="checkbox"/> 광범위약제내성 전 단계 결핵 <input type="checkbox"/> 이소니아지드단독내성결핵<br><input type="checkbox"/> 다제내성결핵 |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             | <div> <div>검 사 일</div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> </div> |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             | 결과확인일                       |                             | <div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> </div> |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| 결과                                       | <input type="checkbox"/> 미실시 <input type="checkbox"/> 검사중 <input type="checkbox"/> 검사완료 ( <input type="checkbox"/> 내성 없음 <input type="checkbox"/> 내성 있음)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| 검사방법                                     | <input type="checkbox"/> 통상감수성검사 <input type="checkbox"/> 신속감수성검사<br><input type="checkbox"/> 실시간 중합효소연쇄반응검사 (Xpert MTB/RIF검사 등)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
|                                          | <div> <div>항결핵약제</div> <div>내성</div> <div>약제</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>H</div> <div><input type="checkbox"/>R</div> <div><input type="checkbox"/>E</div> <div><input type="checkbox"/>Z</div> <div><input type="checkbox"/>RFB</div> <div><input type="checkbox"/>RPT</div> <div><input type="checkbox"/>Km</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Am</div> <div><input type="checkbox"/>Cm</div> <div><input type="checkbox"/>S</div> <div><input type="checkbox"/>Lfx</div> <div><input type="checkbox"/>Mfx</div> <div><input type="checkbox"/>Ofx</div> <div><input type="checkbox"/>Gfx</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Pto</div> <div><input type="checkbox"/>Cs</div> <div><input type="checkbox"/>PAS</div> <div><input type="checkbox"/>Eto</div> <div><input type="checkbox"/>Trd</div> <div><input type="checkbox"/>PAS-Na</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Lzd</div> <div><input type="checkbox"/>Clr</div> <div><input type="checkbox"/>Bdq</div> <div><input type="checkbox"/>Dlm</div> <div><input type="checkbox"/>Cfz</div> <div><input type="checkbox"/>Mpm</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>Amx/Clv</div> <div><input type="checkbox"/>Ipm/Cln</div> <div><input type="checkbox"/>high dose H</div> <div><input type="checkbox"/>T</div> <div><input type="checkbox"/>Pa</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/>그 밖의 약제( )</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| 항결핵약제 내성 종류                              | <input type="checkbox"/> 광범위약제내성결핵 <input type="checkbox"/> 리팜핀단독내성결핵<br><input type="checkbox"/> 광범위약제내성 전 단계 결핵 <input type="checkbox"/> 이소니아지드단독내성결핵<br><input type="checkbox"/> 다제내성결핵                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
|                                          | <div> <div>검 사 일</div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| 결과확인일                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div> <div>년</div> <div>월</div> <div>일</div> </div>              |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| (29) 치료결과                                | <input type="checkbox"/> 완치 <input type="checkbox"/> 완료 <input type="checkbox"/> 실패 <input type="checkbox"/> 중단<br><input type="checkbox"/> 사망 ( <input type="checkbox"/> 결핵 관련 사망 <input type="checkbox"/> 결핵 외의 원인에 의한 사망)<br><input type="checkbox"/> 평가 미정 <input type="checkbox"/> 진단변경 ( <input type="checkbox"/> NTM <input type="checkbox"/> 종양 <input type="checkbox"/> 그 밖의 질병)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |
| (30) 치료중단 사유                             | <input type="checkbox"/> 연락두절 <input type="checkbox"/> 항결핵제 부작용 <input type="checkbox"/> 질병인식의 부족 <input type="checkbox"/> 귀국(외국인)<br><input type="checkbox"/> 병원 방문곤란 (거리, 직장 등) <input type="checkbox"/> 약복용의 부담감 <input type="checkbox"/> 경제적 이유<br><input type="checkbox"/> 증상 호전 <input type="checkbox"/> 그 밖의 사유( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                 |                             |                             |        |                                                                                                                                                          |        |      |      |                   |                  |      |           |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |                             |                                                                      |                                                                 |                                                                 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                                     |                             |      |  |                                                              |                                                              |                                                              |                                                              |  |  |      |  |  |  |                                                            |  |  |  |     |  |       |       |       |       |       |       |       |  |       |       |       |       |       |       |

**라. 과거 병력 및 치료 이력에 관한 사항**

|                                       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (31) 과거 결핵발병 여부                       |           | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 모름<br>※ 아래 항목은 “있음”인 경우만 작성합니다.<br>- 과거 결핵치료를 받은 횟수: <input type="checkbox"/> 1회 <input type="checkbox"/> 2회 이상<br>- 진단받은 연도(            년)<br>- 과거 결핵치료(또는 약제복용) 기간: <input type="checkbox"/> 1개월 미만 <input type="checkbox"/> 1개월 이상 <input type="checkbox"/> 모름                                                                                                                                                        |
| (32) 과거 잠복결핵감염 여부                     |           | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 모름<br>※ 아래 항목은 “있음”인 경우만 작성합니다.<br>- 진단받은 연도 (            년)<br>- 치료결과 ( <input type="checkbox"/> 미치료 <input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 치료완료)                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 위험요인                                  | (33) 기저질환 | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음<br>※ 아래 항목은 “있음”인 경우만 작성합니다.<br><input type="checkbox"/> 규폐증 <input type="checkbox"/> 위·장질환 등 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 만성신부전증<br><input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 알콜중독 <input type="checkbox"/> 스테로이드복용 <input type="checkbox"/> 당뇨<br><input type="checkbox"/> 면역억제제복용 <input type="checkbox"/> TNF길항제 사용자 <input type="checkbox"/> 임신부 <input type="checkbox"/> 그 밖의 질환(                      ) |
|                                       | (34) 흡연유무 | <input type="checkbox"/> 비흡연 <input type="checkbox"/> 피웠지만 현재 금연 <input type="checkbox"/> 흡연                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| (35) BCG접종 유무<br>(15세 미만의 경우에만 해당합니다) |           | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 모름<br>※ 아래 항목은 “있음”인 경우만 작성합니다.<br><input type="checkbox"/> 피내 <input type="checkbox"/> 경피 <input type="checkbox"/> 모름                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| (36) 진료를 받게 된 사유                      |           | <input type="checkbox"/> 환자내원 ( <input type="checkbox"/> 결핵 증상으로 내원 <input type="checkbox"/> 다른 질환으로 내원 <input type="checkbox"/> 그 밖의 사유)<br><input type="checkbox"/> 국민건강보험공단 건강검진 <input type="checkbox"/> 개인건강검진 <input type="checkbox"/> 학생건강검진<br><input type="checkbox"/> 보건증 발급 <input type="checkbox"/> 외국인 사증 발급<br><input type="checkbox"/> 가족접촉자 검진 <input type="checkbox"/> 역학조사 <input type="checkbox"/> 그 밖의 사유(                      )                                                     |

**마. 특이사항**

※ 집단시설에서의 생활 여부 또는 정기적 활동모임 등에 대한 사항을 적습니다.

|      |                                                              |     |      |
|------|--------------------------------------------------------------|-----|------|
| 조사일  | 년                  월                  일                      |     |      |
| 조사기관 | <input type="checkbox"/> 보건소 (보건소명:                      )   | 조사자 | 성 명: |
|      | <input type="checkbox"/> 의료기관 (의료기관명:                      ) |     | 연락처: |

210mm×297mm[백상지 80/m²]

〈 의안 소관 부서명 〉

| 질병관리청 결핵정책과 |                  |
|-------------|------------------|
| 연 락 처       | (043) 719 - 7326 |