

結核患者転帰届 (奈良県 奈良市を除く)

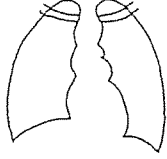
患者が下記の転帰理由1～6に該当する場合は、この用紙により患者住所の管轄保健所へすみやかに届け出てください。

記入日 令和 年 月 日

<small>(ふりがな)</small> 患者氏名	(男 ・ 女)	
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	年齢 才
患者住所		

医療機関名	(科)	担当医師名	印
医療機関所在地			

転帰理由 該当番号を○で囲んでください

1. 治療終了 <small>(今後の方針欄も記入ください)</small>	服薬終了日： 年 月 日	 年 月 日撮影	学会分類 r I 1 b II 2 III IV V H Pl Op 初感染
2. 自己中断	最終受診日： 年 月 日		喀痰所見 (最終) 塗抹 月 (号) 培養 月 ()
3. 転症	診断日： 年 月 日 病名	診断根拠	
4. 転医	最終受診日： 年 月 日 転医先		
5. 転出	転出(予定)日： 年 月 日 転出先		
6. 死亡	死亡日： 年 月 日 死因 結核 ・ 結核外 (病名)		

今後の方針 (治療終了の場合はこの欄もご記入ください)

1. 経過観察を () カ月ごとに当院で (実施中 ・ 実施予定)。 2. 他疾患で (入院・通院) 中のため、当院で併せて観察中。疾患名 () 3. 保健所で管理検診をしてください。 4. 経過観察不要 (年1回定期健診)。 5. その他 ()
--

保健所への連絡事項

連絡事項
結核に関する事で、保健所スタッフの患者訪問の必要性 無 ・ 有 (理由)