

結核患者（ 入院 ・ 退院 ）届出票

ふりがな ----- 患者氏名	男 女	(M T S H) 年 月 日 (歳)											
患者の住所 :		職業 :											
保護者氏名 (未成年の場合) :		続柄 : 住所 :											
診断名	病 名 :	I D 番号											
	学会分類 ()	入院日 年 月 日											
合併症		退院日 年 月 日											
菌検査状況	年月日												
	検 体												
	塗 抹												
	培 養												
	P C R												
感受性検査結果	検査年月日	コント ロール	I N H (0.1)	R F P (50)	E B (5)	S M (20)	P Z A (120)	P A S (1)	T H (25)	K M (100)	E V M (100)	C S (40)	
外科	手 術	年 月 日 (施設名)											
	術 式												
経過概要・退院時の病状	転帰： 略 治 不 変 悪 化 死 亡 事 故 転 症												
上記のとおり届出します。													
年 月 日													
指定医療機関 所在地													
" 名 称													
管理者名											印		
主治医名													

※ 入院の際は、上記の太線で囲まれた部分については必ず記入し、他は把握している範囲で記入してください。

※ 退院の際には、すべての項目にご記入下さい。感受性検査を実施していない場合は、検査年月日の欄に斜線を引いてください。