|  |
| --- |
| **結核患者（　入院　・　退院　）届出票** |
| ふりがな | 男女 | （　Ｍ　Ｔ　Ｓ　Ｈ　Ｒ　）年　　　　月　　　　日（　　　歳） |
| 患者氏名 |
| 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:学会分類（ ） | ＩＤ番号 |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ＰＣＲ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 感受性検査結果 | 検査年月日 | コントロール | ＩＮＨ(0.1) | ＲＦＰ(50) | ＥＢ(5) | ＳＭ(20) | ＰＺＡ(120) | ＰＡＳ(1) | ＴＨ(25) | ＫＭ(100) | ＥＶＭ(100) | ＣＳ(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。