

結核患者（ 入院 ・ 退院 ）届出票

ふりがな		男 女	(M T S H R)											
患者氏名			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：						ID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													
	PCR													
感受性検査結果	検査年月日	コントロール	INH (0.2)	RFP (40)	EB (2.5)	SM (10)	PZA	PAS (0.5)	TH (20)	KM (20)	EVM (20)	CS (30)	LVFX	
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。