

結核患者（ 入院 ・ 退院 ）届出票

ふりがな		男 女		(M T S H)																																					
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：														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	INH (0.1)	RFP (50)	EB (5)	SM (20)	PZA (120)	PAS (1)	TH (25)	KM (100)	EVM (100)	CS (40)	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。