結核患者(入院・退院)届出票

ふりがな								- 男	(N	л т	S	н)					
患者氏名							女			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:								
A 1.1.1-	病 名:									I D番号							
診断		学会分類())								入院日			左	F	月	日	
合併症								退院日			左	F	月	日			
菌検査状況	年月日	1									Į.						
	検は	ķ															
	塗 技	ŧ															
	培養	(MIL)															
	PCF	₹															
感受性検査結果	検査 年月日		コントロール	I NH (0.1)				S M (20)	P Z A (120)	P A S (1)	T :		KM (100)	E V M (100)	C S (40)	LVFX	
外	手 徘	亍															
科	術式	ţ															
経過概要・退院時の病状																	
の病																	
												伝 症					
上記	上記のとおり届出します。																
	年		月	日													
						指定	医医医	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。