

入（退）院結核患者届出票

届出年月日 平成 年 月 日

病名 _____ 患者氏名 _____

(合併症) _____ 生年月日 平成 年 月 日 (歳)

_____ 世帯主氏名 _____

入院年月日 平成 年 月 日 患者住所 _____

退院年月日 平成 年 月 日 職業 _____ 勤務先 _____

_____(退院理由)・病状軽快・転院・死亡・その他

菌 所 見

1 菌 陽 性

菌 所 見	検 体	検 査		菌陰性化の時期	
		塗 抹	培 養	年 月	年 月
喀 痰	()	- + G ()	- +	年 月	年 月
		() - + ※その他の検査法	() - +	年 月	年 月
喀痰以外 の 検 体 ()	()	- + G ()	- +	年 月	年 月
		() - + ※その他の検査法	() - +	年 月	年 月

2 菌 陰 性

3 非定型抗酸菌陽性

その他特記すべき事項 _____ 病 院 名 _____

_____ 病院所在地 _____

_____ 病院管理者名 _____ 印 _____

_____ 担当医師氏名 _____

記載上の注意

1. 入院患者が死亡又は転院したときも、この届出を行なってください。
2. 退院時については退院後の住所を記載してください。