

感 染 症 患 者 転 帰 通 知 書

保健所長 様

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 2 2 条第 2 項の規定に
より次のとおり通知します。

（報告年月日） 年 月 日

管 理 者 氏 名 _____ 印
（自署又は記名押印のこと）

所 属 す る 病 院 ・ 診 療 所 名 _____

上記医療機関の住所・電話番号 _____
（電話 - ）

患 者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	性 別	男 ・ 女
	職 業	
感 染 症 の 名 称		
転 帰 年 月 日		年 月 日
病原体消失年月日		年 月 日
主要症状消失年月日		年 月 日

注 この届は、一類感染症患者の場合は病原体消失、二類感染症患者の場合は病原体消失又は主要症状消失が確認されたときに提出してください。