

結核患者治療終了届

届出年月日 年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

医師氏名

患者氏名:

生年月日: 年 月 日

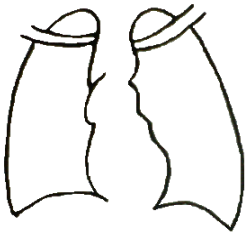
患者住所:

病名: 肺結核・その他()

治療終了年月日: 年 月 日

※ 治療終了日は(終了予定日)で記載をお願いします。

治療終了理由	☐ 治癒(経過観察) ☐ 中止(自己中止・転症:) ☐ 死亡(結核死亡・結核外死亡/死因:) ☐ その他()
--------	--

最終胸部エックス線撮影日	年 月 日撮影	学会分類
		r I b
		I II III IV V
		I 2 3
		H PI Op

最終菌検査 所見	塗抹(号) 1. 検査中 2. 未実施
	培養(個) 1. 検査中 2. 未実施
	検査日 年 月 日

主治医(所見・意見)

※患者票を添付し、所管する保健所へ提出をお願いします。