

(様式26)

結核患者化学療法(終了・中断)届出票

令和 年 月 日

三重県 保健所長 あて


医療機関
所在地

医療機関
名称

医師名

下記のとおり結核患者にかかる化学療法を(終了 ・ 中断)したので届出します。

記

患者	氏名					生年月日			
	住所								
終了・中断 年月日		令和 年 月 日							
診断名		肺結核 ・ 肺外結核() ・ 潜在性結核感染症							
病状	胸部X線検査結果	撮影日	月	日	学会分類			(終了・中断)理由	
			r l b			I II III IV V			
			1 2 3			H Pl Op			
	所見	0							
	菌検査結果	検体採取日	塗抹	培養	PCR	※検体			
		月 日							
		月 日							
月 日									
月 日									
合併症等他所見		今後の方針							
		経過観察 ()ヶ月毎に当院で(実施中・実施予定)。 他疾患にて(入院・通院)中のため、当院にて併せて実施中。 (他疾患名:) 保健所にて管理検診を実施してください。 その他()							
【連絡事項・保健所への要望等】									

※菌検査結果検体欄は以下の該当する検体番号を記載してください。
1 喀痰、2 咽頭粘液、3 胃液、4 穿刺液、5 気管支洗浄液、6 膿瘍、7 尿、8 便、9その他

保健所受付印

Blank box for the health center receipt stamp.