

# 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 \_\_\_\_\_

明 大

(合併症) \_\_\_\_\_

生年月日 昭 平 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	-	+ G ( )	年	月
喀 痰	( )	培 養	-	+ ( )	年	月
		( )	-	+ その他の検査法	年	月
喀痰以外 の 検 体 ( )	( )	塗 抹	-	+ G ( )	年	月
		培 養	-	+ ( )	年	月
		( )	-	+ その他の検査法		

## 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。