

結核予防法第 22 条の規定に基づく届出票

患者氏名 _____ 男・女 _____

明大
生年月日 昭平 年 月 日生 (歳) _____

病 名 _____

患者の住所 _____

発 病 平成 年 月 日 _____

電話番号 _____ 世帯主 _____

初 診 平成 年 月 日 _____

患者の職業 _____

診 断 平成 年 月 日 _____

勤務先 (学校) 名 _____

医療機関名・所在地 _____

医師氏名 _____ 印 _____

以下については，わかる範囲でご記入ください。

菌 所 見	喀 痰	塗 抹 - + G () 培 養 - + 培養中 () - + その他の検査方法 未実施	既 往 の 結 核	(1) なし (2) あり 明大昭平 年 月 頃	既 往 の 医 療	(1) うけた 入院・外来 化学療法，外科療法 その他 () (2) うけていない
	喀痰以外 の検体 ()	塗 抹 - + G () 培 養 - + 培養中 () - + その他の検査方法		医 療 費 区 分		(1) 生 保 (a 単給 , b 併給) (2) 被用者保険 (a 本人 , b 家族) (3) 国 保 (a 一般 , b 退職本人 , c 退職家族) (4) その他 (5) 不 明
排 菌 可 能 性	非定型抗酸菌 陽性，陰性，検査中		学 会 分 類		老人保健法による医療の受給資格	
	(1) 大いに有 (2) やや有 (3) 少し有 (4) 無	広汎空洞型 非広汎空洞型 不安定非空洞型 安定非空洞型		その他の指示・連絡事項		
発 見 方 法	健康診断 (1 保健所 , 2 その他) 集団検診 (3 学校検診 , 4 住民検診 , 5 その他) 6 家族検診 7 医療機関受診 8 その他					
治 療 方 法	(1) 入 院 (2) 外 来					