

結核患者転帰届

年 月 日

藤沢市保健所長

指定医療機関 住 所
名 称
主 治 医

印

下記の患者について報告します。

記

| | | | | | | |
|--|----------------------------------|---|---|--------------|---|--|
| 氏 名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 住 所 | (電話番号 - -) | | | | | |
| 病 名 | 1. 肺結核 2. 結核性胸膜炎 3. その他 () | | | | | |
| 転 帰 理 由 | 1. 治療終了 内服終了日: 年 月 日 | | | | | |
| | 2. 自己中断 最終受診日: 年 月 日 | | | | | |
| | 3. 転 症 診 断 日: 年 月 日 (現 症) | | | | | |
| | 4. 転 出 転出予定日: 年 月 日 (転 出 先) | | | | | |
| | 5. 死 亡 死 亡 日: 年 月 日 (死 因) | | | | | |
| | 6. そ の 他 | | | | | |
| エックス線検査(月 日撮影) | | | 菌 検 査 (転帰届出前3ヵ月) | 月 | 月 | |
| 学 会 分 類 | 部 位 | r・l・b |  | 検体の種類 (*) | | |
| | 性 状 | 0・I・II・III・IV V・H・pl・Op | | 塗抹 | | |
| | 拡がり | 1・2・3 | | 培養 | | |
| | | 該当なし | | PCR | | |
| | | | | 同定検査 () | | |
| *検体の種類 A 喀痰,B 咽頭粘液等,C 胃液,D 気管支洗浄液,E 穿刺液,F 膿・浸出液,G 尿,H 組織・他 治療終了の場合、治療終了する1ヶ月以内の菌検査にて菌の消失確認を行ってください。 | | | | | | |
| 今 後 の 方 針 | | ①当院で経過観察予定 (次回受診日: 年 月 日) ②他院へ紹介 (紹介先医療機関名:) ③保健所による管理検診希望 ④その他 () | | | | |