結核患者連絡票

記入日　 　　年　　月　　日

※結核発生届と一緒に提出願います。

医療機関名

主治医

電話番号

患者氏名

生年月日　　 年　　 月　 日

◎下記の項目について、状況をお知らせください。

|  |  |
| --- | --- |
| １ 病名について | 1. 結核と説明 2. その他の疾病と説明（病名　　　　　　　理由　　　　　　　　　　　　　　　） 3. その他（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２ 治療期間 | 1. 説明した　（　およそ　　入院　　か月　・　　通院　　か月　　） 2. 説明しない（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３ 家族検診指導 | 1. 説明した　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 2. 説明しない（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 3. 必要なし　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４ 保健所から連絡が  入ることについて | 1. 説明した 2. 説明しない（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５ 結核の既往歴 | 1. あり（　　　　年前、病名　　　　　　　、治療　　　　　　　　　　　　　　） 2. なし |
| ６ 結核の家族歴 | 1. あり（誰が　　　　　、いつ頃　　　　　　、病名　　　　　　　　　　　　　） 2. なし |
| ７ 結核以外の疾病 | 1. あり（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 2. なし |
| ８ 説明相手 | 1. 本人　　②家族（　　　　　）　③その他（　　　　　　　） |

◎結核菌検査の状況をお知らせください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | １回目 | ２回目 | ３回目 |
| 実施日 | ／ | ／ | ／ |
| 塗抹検査 |  |  |  |
| 培養検査 |  |  |  |
| 核酸増幅法検査 |  |  |  |
| 検体種類 |  |  |  |

◎その他、連絡事項・御指導・御助言をお願いします。

|  |
| --- |
|  |

御協力ありがとうございました。

福島市保健所：TEL　０２４－５７２－３１５２

FAX　０２４－５２５－５７０１