結核治療終了届

この届出は結核の治療終了時期を把握するために必要ですので、治療終了事由が生じたときは、保健所へ提出してくださるようお願いします。

　　年　　月　　日

福島市保健所長　様

医療機関名

主治医名

患者氏名

患者住所

　　上記の患者について下記の通り連絡します。

1. 現状

１）治療終了　　　　年　　　月　　　日　より

２）治療中断　　　　年　　　月　　　日　より

３）治癒　　　　　　年　　　月　　　日　診断

４）病名変更　　　　年　　　月　　　日　診断　　病名

５）転院　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　転院先

６）死亡　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　死因

1. 最終検査状況（直近の検査結果について、必ず記入願います。）

１）Ｘ線撮影年月日　　（　　　年　　月　　日）

　病名　　　　　　　　　　　　　　　　　病型分類

２）菌検査年月日

①　　　年　　月　　日　検体（喀痰・　　　）塗沫　－・＋　（　　号）　培　養　－・＋　（　　週）

　②　　　年　　月　　日　検体（喀痰・　　　）塗沫　－・＋　（　　号）　培　養　－・＋　（　　週）

　③　　　年　　月　　日　検体（喀痰・　　　）塗沫　－・＋　（　　号）　培　養　－・＋　（　　週）

　　同定検査　　　　（　　　年　　月　　日）（結果　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　薬剤感受性検査　（　　　年　　月　　日）（結果　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 指導区分

（生活面）Ａ．要休業　　Ｂ．要軽業　　Ｃ．要注意　　Ｄ．正常生活

（医療面）１．要医療　　２．要観察　　３．観察不要

４．今後の方針、その他意見及び指示等