

# 入(退)院結核患者届出票

届出年月日 令和 年 月 日

病名 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

(合併症) \_\_\_\_\_

明大昭

生年月日 平令 年 月 日 ( 歳)

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

入院年月日 令和 年 月 日

患者住所 \_\_\_\_\_

退院年月日 令和 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
	喀痰	塗抹 - + G ( )	年 月
培養 - + ( ) - + *その他の検査法		年 月	
喀痰以外の	塗抹 - + G ( )	年 月	
	培養 - + ( ) - + *その他の検査法	年 月	

### 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。