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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　明 大 昭

（合併症）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　（　　　）培　養　－　＋（　　）－　＋　　＊その他の検査法　　　　　　　　　　　 | 年　　月年　　月 |
| 喀痰以外の | 塗　抹　－　＋　G　（　　　）培　養　－　＋（　　）－　＋　　＊その他の検査法 | 年　　月年　　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。