|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **結核患者（　入院　・　退院　）届出票** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | | | | | | | | | 男  女 | | | （　Ｍ　Ｔ　Ｓ　Ｈ　Ｒ　）  年　　　　月　　　　日（　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | | | | | | | | | |
| 患者の住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　 職業： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名（未成年の場合）: 　　 　　 続柄： 　　　 住所： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診断名 | | 病　名:  学会分類（ ） | | | | | | | | | | | | | | ＩＤ番号 | | |  | | | | | | | | |
| 入院日 | | | 年　　　 月　　　 日 | | | | | | | | |
| 合併症 | |  | | | | | | | | | | | | | | 退院日 | | | 年　　　 月　 　　日 | | | | | | | | |
| 菌検査状況 | 年月日 | |  |  |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 検　体 | |  |  |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 塗　抹 | |  |  |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 培　養 | |  |  |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| ＰＣＲ | |  |  |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 感受性検査結果 | 検査  年月日 | | コント  ロール | ＩＮＨ  (0.1) | | ＲＦＰ  (50) | | ＥＢ  (5) | | | ＳＭ  (20) | | | ＰＺＡ  (120) | | | | ＰＡＳ  (1) | | ＴＨ  (25) | | ＫＭ  (100) | | ＥＶＭ  (100) | | ＣＳ  (40) | |
|  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 外科 | 手　術 | | 年　　月　　日（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 術　式 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経過概要・  退院時の病状 | 転帰：　略　治　　　不　変　　　悪　化　　　死　亡　　　事　故　　　転　症 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり届出します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　 指定医療機関　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〃　　　　名　称  管理者名 　　 　印  主治医名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* 入院の際は、上記の太線で囲まれた部分については必ず記入し、他は把握している範囲で記入してください。
* 退院の際には、すべての項目にご記入下さい。感受性検査を実施していない場合は、検査年月日の欄に斜線を引いてください。