

結核転帰連絡票

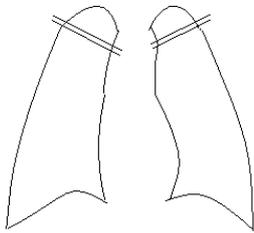
1 患者の住所 _____
 名前 _____ 性別（男・女）
 生年月日 _____年 _____月 _____日（ ）歳
 上記の者について、次のとおり連絡します。

2 病名 _____

3 治療終了日 _____年 _____月 _____日

4 所見

(1) X線所見



_____年 _____月 _____日撮影

学会分類（ ）

(2) 結核菌検査

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
検体※					
塗抹					
培養					

※検体種類=①喀痰 ②咽頭粘液等 ③胃液 ④気管支洗浄液
 ⑤穿刺液 ⑥膿・浸出液 ⑦尿 ⑧組織 ⑨その他（ ）

(3) 感受性試験

薬 品 [mcg/ml]	年 月		
INH []	感	不完	完
RFP []	感	不完	完
SM []	感	不完	完
EB []	感	不完	完
PZA []	感	不完	完
PAS []	感	不完	完
その他 []	感	不完	完

5 転帰内容 軽快, 転院, 転症（ ）
 自己退院, 死亡（結核死亡・結核外死亡）

6 訪問指導の要否 要（ ）・否

福山市保健所長 様

病 院 の 名 前 _____

病 院 の 所 在 地 _____

病院管理者の名前 _____ 印