

## 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

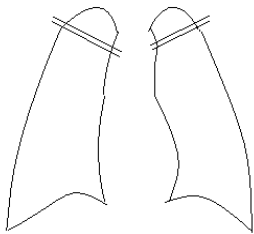
上記の者について、次のとおり連絡します。

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 \_\_\_\_\_