

# 結核転帰連絡票

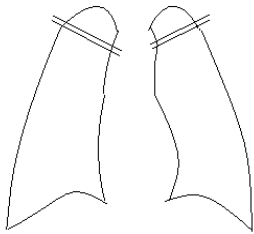
1 患者の住所 \_\_\_\_\_  
 名前 \_\_\_\_\_ 性別（男・女）  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ ）歳  
 上記の者について、次のとおり連絡します。

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