

# 結核患者転帰報告書

結核患者が転帰（治療終了、死亡、転症、転院）した時は、この報告書にて連絡して下さい。

年 月 日

患者氏名		性別					
		男・女	年 月 日生				
住所							
治療終了年月日	年 月 日	公費負担終了日	年 月 日				
病名							
X線所見	最終撮影年月日	年 月 日					
	部位	1 右	2 左	3 両側	4 該当なし		
	結果 性状	1	I型（広汎空洞型）		6	H	
		2	II型（非広汎空洞型）		7	P l	
3		III型（不安定非空洞型）		8	O p		
4		IV型（安定非空洞型）		9	該当なし		
5		V型（治癒型）		10	その他		
広がり	1・2・3・該当なし						
結核菌検査	最終検体採取時期	年 月 日					
	結核菌 検査結果	塗沫	1 陽性	2 陰性	3 検査中	4 検査未実施	5 不明
		培養	1 陽性	2 陰性	3 検査中	4 検査未実施	5 不明
転帰理由	1 治療完遂	6 結核死亡					
	2 副作用による治療中止	7 結核外死亡（病名		）			
	3 自己中止	8 その他（		）			
	4 転症						
	5 転院	転帰年月日		年 月 日			
備考							
医療機関名				医師名			

※患者票は保健所に返納してください（規則第20条の3第6項）※