

結 核 患 者 転 帰 報 告 書

結核患者が転帰（治療終了、治療中断、死亡、転症）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				
	結 果	部 位	1 右 2 左 3 両側 4 該当なし				
		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） 1 0 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 5 結核死亡						
	2 副作用による治療中止 6 結核外死亡（病名 ）						
	3 自己中止 7 その他（ ）						
	4 転症						
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 2 0 条の 3 第 6 項）※