

入院 ・ 退院 結核患者届出票 (福岡市)

(この届出票は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 5 3 条の 1 1 に基づき、患者の入退院後 7 日以内に所轄の保健所に提出してください。)

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

TEL

管理者氏名

◎ 入院の場合

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明 大	年	月	日
患者氏名					昭 平	(歳)
住所	福岡市 区				TEL	()
患者が成人に達していない場合	保護者氏名 保護者住所 福岡市 区				TEL	()
病名		入院日			年	月	日	から

◎ 退院の場合

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明 大	年	月	日
患者氏名					昭 平	(歳)
住所	福岡市 区				TEL	()
患者が成人に達していない場合	保護者氏名 保護者住所 福岡市 区				TEL	()
病名		退院日			年	月	日	まで
退院時の 抗酸菌検査	検体採取年月日	塗抹	培養	核酸増幅法 (PCR)	同定検査	検体の種類		
	年 月 日	G () 号 検査中 未実施	() 検査中 未実施	+ - 検査中 未実施	結核菌 非定型抗酸菌 未実施	喀痰 喉頭粘膜等 胃液 気管支洗浄液 その他 ()		
症状 (X線所見) 撮影年月日 年 月 日 学会分類 r l b I II III IV V 1 2 3 H p l OP				退院理由 (症状等)				