

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53条の11に基づき、患者の入退院後7日以内に保健所に提出してください。）

令和 年 月 日

（あて先）福岡市長

（保健所経由）

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	大平 昭令 （ 年 月 日 歳）
患者氏名					
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	大平 昭令 （ 年 月 日 歳）	
患者氏名						
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 (記載法またはG号数表記)	培養	核酸増幅法(PCR)	同定検査	検体の種類 (該当に○もしくは記載)
	年 月 日	() 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 O P			退院理由（症状等）			