

結核患者転帰届出票

大分県知事 あて

平成 年 月 日

医療機関所在地
 医療機関名称
 管理者氏名 印

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22条第2項の規定に基づき、下記の通り届け出ます。

患者氏名	男・女	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住 所			
退 院 予 定 年 月 日		年 月 日	
転 帰 事 由	1 病状が改善し、入院が必要ないと認める。		
	2 死亡 (死因)		
	3 その他の理由 ()		
転帰後の医療	37条の2 (通院医療) 申請 有 ・ 無 ※ 転院先 ()		
菌の陰性確認	検査方法	検査方法	検査方法
	検体種類	検体種類	検体種類
	検体採取日	検体採取日	検体採取日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	検査結果判明日	検査結果判明日	検査結果判明日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日

※ 連絡事項、ご意見等があればお願いします。

主治医氏名:

※患者基礎情報を記入

※転帰事由を選択
必要事項があれば記入
死亡の場合
結核死亡か
その他の死因か記入

※特記事項等有れば記入
※最後に主治医名を記入

※転帰の事由が生じた日付

※届出をおこなった
医療機関の管理者情報を記入

※退院が決定している場合
退院日を記入

※入院勧告及び就業制限が解除
された場合で、
法第37条の2対象医療を
転院して実施する場合に
紹介先医療機関名を記入

※転帰となった理由となる
検査結果を全て記入