

病原体又は症状消失通知書（結核）

年 月 日

宛先 秋田市保健所長

医療機関所在地

医療機関名称

管理者氏名

担当医氏名

このことについて、次のとおり報告します。

1 患者氏名 _____

2 生年月日 _____年 月 日生

3 病名 _____

4 通院・入院期間 _____年 月 日 ~ _____年 月 日

5 服薬開始 _____年 月 日

6 菌検査結果

検査日	検出状況		
	喀痰塗抹	培養	PCR
年 月 日	陽性・陰性	陽性・陰性	陽性・陰性
年 月 日	陽性・陰性	陽性・陰性	陽性・陰性
年 月 日	陽性・陰性	陽性・陰性	陽性・陰性

7 症状消失年月日 _____年 月 日