

結核患者についての連絡票

医療機関名

医師氏名

報告日 令和 年 月 日

〔治療終了患者〕

患者氏名	住 所		服薬終了月日		終了時病型		経過観察期間	今後の指導・備考		
					年 月 日撮影					
	菌検査	検査日	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
塗沫										
培養										

患者氏名	住 所		服薬終了月日		終了時病型		経過観察期間	今後の指導・備考		
					年 月 日撮影					
	菌検査	検査日	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
塗沫										
培養										

〔治療中断患者〕

患者氏名	住 所	最終受診日	保健師への指示事項	備 考

結核患者についての連絡票

記入例

医療機関名

医師氏名

報告日 令和 年 月 日

〔治療終了患者〕 * 結核の病状についてのみ記入してください。

患者氏名	住 所	治療終了月日	終了時病型	経過観察期間	今後の指導・備考				
	管外の場合もありますので、患者住所は必ず記入してください。	終了または終了予定年月日を記入してください。	日本結核病学会病型分類で記入してください。 X線撮影年月日必ず記入してください。 ↑ 年月日撮影	経過観察期間を記入してください。 (例: 3か月毎 6か月毎など)	今後の病院での経過観察状況等について記入してください。 保健所への連絡事項等についても、この欄に記入してください。				
	菌検査	検査日	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月
		塗沫	・最終申請書の検査結果以降の検査状況について、もれなく記入してください。						
		培養	・検査中、喀痰喀出困難、未実施等についても、わかるよう記入してください。						

患者氏名	住 所	治療終了月日	終了時病型	経過観察期間	今後の指導・備考				
			年月日撮影						
	菌検査	検査日	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月
		塗沫							
		培養							

〔治療中断患者〕 * 中断患者がでた場合、速やかにご連絡ください。(TELでも可)

患者氏名	住 所	最終受診日	保健師への指示事項	備 考
				死亡終了患者については死因の記載をお願いいたします