

転 帰 連 絡 票

患者の住所 _____

氏名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

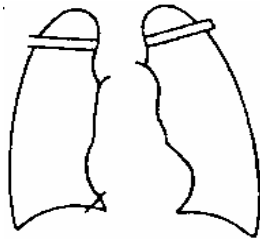
上記の者について次のとおり連絡します。

1 病 名 _____

2 転帰年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3 所 見

(1) X線所見



平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日撮影
学会分類(_____)

(2) 結核菌検査

月/日						
塗沫						
培養						

注：最近6ヶ月の検査状況を記入して下さい。

(3) 薬剤感受性検査

薬品 [mcg/ml]	年 月	年 月
INH [0.2]	感 耐	感 耐
RFP [40]	感 耐	感 耐
SM [10]	感 耐	感 耐
EB [2.5]	感 耐	感 耐
() []	感 耐	感 耐
() []	感 耐	感 耐

4 転 帰 内 容 治癒 (経過観察 要 ・ 不要) , 死亡 (結核死亡 ・ 結核外死亡)

転院 (_____) , 転症 (_____)

治療放置 (_____)

その他所見 _____

5 訪問指導の要否 要 (_____ について) ・ 否

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

様

施設名称 _____

住所 _____

医師氏名 _____ (印)