

転 帰 連 絡 票

患者の住所 _____

氏名 _____ (男 ・ 女)

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

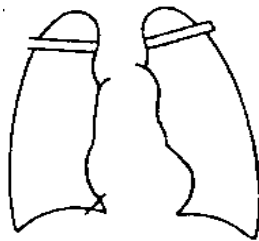
上記の者について次のとおり連絡します。

1 病 名 _____

2 転帰年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3 所 見

(1) X線所見



令和 _____ 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

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

様

施設名称 _____

住所 _____

医師氏名 _____ ㊞