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）

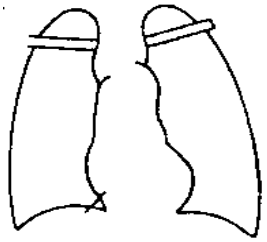
上記の者について次のとおり連絡します。

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞