

結核医療（終了・中止）届

|            |  |                          |    |     |    |             |                 |
|------------|--|--------------------------|----|-----|----|-------------|-----------------|
| 患者氏名       |  |                          |    |     |    |             |                 |
| 患者住所       |  |                          |    |     |    |             |                 |
| 生年月日       | 年 月 日 (才) 男 女                                  |                          |    |     |    |             |                 |
| 病名         | 1  | 2                        | 3  |     |    |             |                 |
| 最終X線写真撮影日  | 年 月 日 撮影                                       |                          |    |     |    |             |                 |
| 学会分類       | b r l  | I                        | II | III | IV | V           | 0 1 2 3 H Pl Op |
| 最終結核菌塗抹検査  | 年 月 日 採取 検体 ( )                                |                          |    |     |    | 陰性 陽性 (G 号) |                 |
| 最終結核菌培養検査  | 年 月 日 採取 検体 ( )                                |                          |    |     |    | 陰性 陽性 ( 週)  |                 |
| 薬剤感受性      | 検体採取日 年 月 日 検体 ( )                             |                          |    |     |    |             |                 |
|            | INH(感・耐) RFP (感・耐) EB (感・耐) SM (感・耐) PZA (感・耐) |                          |    |     |    |             |                 |
| 指導区分       | 生活面  | A 要休業 B 要軽業 C 要注意 D 正常生活 |    |     |    |             |                 |
|            | 医療面  | 1 要医療 2 要観察 3 観察不要       |    |     |    |             |                 |
| 内服終了・中止年月日 | 年 月 日  |                          |    |     |    |             |                 |
| 内服終了・中止の理由 | 治癒 軽快 転症 自己中断 その他 ( )                          |                          |    |     |    |             |                 |
|            | 結核死亡 ( 年 月 日) その他の死亡 ( 年 月 日)                  |                          |    |     |    |             |                 |
| 次回受診日      | 年 月 日  |                          |    |     |    |             |                 |
| 備考         |  |                          |    |     |    |             |                 |

上記のとおり、医療を 終了・中止します。

年 月 日

医療機関の所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

(あて先) 甲府市保健所長