結核患者連絡票

氏名										
明治・大正・ 昭和・平成・令和 ・ ・ ・生										
病 名 1 2				2	3					
		最終X線撮影日 <u>令和 年 月 日</u>					薬剤感受性検実施・未実施			
検		検査結果(学会分類)					検査日	年 月 日		
		※該当するものを○で囲んでください。					INH(1)	感・耐		
	胸部X線	部位	r	1	b		INH(0.2)	感 •	耐	
	検査所見	性状	O I	П Ш	IV V		RFP(40)	感 •	耐	
		4.3336	Н	P 1	Ор	4	SM(10)	感•	耐	
		広がり	り 1 2 3 分類の詳細: 裏面参照			┙	EB(2.5)	感 ・ 耐 		
所				万領の計和	1:	-	()	感・	耐	
			年 月	日年月	日 年	月日	年月	日 年月	日	
	結核菌	塗抹								
見	検 査	培養		個	個	個	個	個	固	
		検体の種類								
	Necessarile 1 we	核酸增幅法		年月	日					
	※該当するものを○で囲んでください。 1 治療中									
現	使用抗結核薬・・・INH RFP SM EB KM TH RBT EVM									
	PZA PAS CS LVFX DLM BDQ その他()									
	2 経過観察									
	(1)	経過観察中 年 月 日から(ヶ月ごと)(内服終了日 年 月 日)								
状	3 治療中断 年 月 日から(理 由:)									
4 転 医 年 月 日 (転医先:)				
	5 病名》			日 (疖))		
	6死 [∃ (列)			
○次回感染症法第37条の2申請の要否 要(年 月 日)・否										
○管理上参考となることをご記入ください。 (例:一般病棟に転棟 など)										
(医療機関名) (主治医名)										
(記入年月日: 年 月 日)									目 目)	

登録番号 (保健所)