

結核患者転帰届（奈良市用）

下記の転帰理由 1～6 に該当の場合は、奈良市保健所へすみやかにこの用紙を使ってお届け下さい。

（ふりなが）

患者氏名 _____ 男・女
明・大
生年月日 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 才
患者住所 〒 _____

* 転帰理由 該当番号を○で囲むこと。

1. 治療終了 _____ 年 _____ 月 _____ 日 X線所見 _____ 年 _____ 月 _____ 日撮影 病型（学会分類） 喀痰所見 塗抹 _____ 月 G（ ）号 _____ 培養 _____ 月 K（ ）
2. 転症 _____ 年 _____ 月 _____ 日 病名 _____
3. 自己中断 _____ 年 _____ 月 _____ 日 X線所見（最終） _____ 年 _____ 月 _____ 日撮影 病型（学会分類） 喀痰所見 塗抹 _____ 月 G（ ）号 （最終） 培養 _____ 月 K（ ）
4. 転医 _____ 年 _____ 月 _____ 日 転医先 _____
5. 転出 _____ 年 _____ 月 _____ 日 転出 _____
6. 死亡 _____ 年 _____ 月 _____ 日 死因 _____ 結核 ・ 結核外 _____

【保健所への連絡事項】

連絡事項 _____
訪問の必要 有（理由 _____ ） 無（理由 _____ ）
年 _____ 月 _____ 日
医療機関名 _____
医療機関所在地 _____
担当医師名 _____ ㊞

（届け先）

〒630-8122 奈良市三条本町 13 番 1 号

奈良市保健所 保健予防課

TEL 0742-93-8397 FAX 0742-34-2486