

結核治療中止届

令和 年 月 日

鹿児島市保健所長 殿

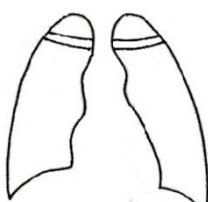
医療機関名

医師氏名

患者	氏名		男・女	大・昭 平・令	年 月 日生(歳)
	住所				
者	公費負担医療の 受給者番号			患者票の有効期限	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日

中止年月日	令和 年 月 日	※内服終了日を記載してください
-------	----------	------------------------

中止理由	1 経過観察 2 治癒 3 治療放置 4 死亡(死亡年月日及び死因:) 5 転症() 6 その他()
------	--

X線所見 (直接・間接) 	撮影年月日	令和 年 月 日	※最新の日付を記載してください			
	結果	性状	I 広汎空洞型 O 無所見 II 非広汎空洞型 H III 不安定非空洞型 P0 IV 安定非空洞型 OP V 治癒型 (その他)			
		部位	b r l	指導	A 一要休業 1 一要医療 B 一要軽業 2 一要観察	
		拡がり	1 2 3	区分	C 一要注意 3 一観察不要 D 一正常生活	

菌検査	採取日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検体の種類 ・喀痰 ・その他()	塗抹 培養	号 個	号 個	号 個	号 個	号 個	号 個

薬剤感受性検査 感受性有○ 不完全耐性△ 完全耐性×	INH RFP SM EB PZA () () () () () () () () ()	検査日 月 日 未実施
-------------------------------------	--	----------------

核酸増幅法	実施 年 月 日 (+) (-) 未実施
-------	----------------------

同定検査	実施 年 月 日 (+) (-) 未実施
------	----------------------

管理検診実施時期 (該当する月を○で囲む)	3ヵ月後 6ヵ月後 1年後
--------------------------	-------------------------

※X線所見、菌検査、薬剤感受性検査の記入をお願いします。