

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				
	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 II 非広汎空洞型 III 不安定非空洞型 IV 安定非空洞型 V 治癒型	0 無所見 H P0 OP (その他)		
		部 位	b r l	指 導 区 分	A 一 要休業 B 一 要軽業 C 一 要注意 D 一 正常生活	1 一 要医療 2 一 要観察 3 一 観察不要
		拡がり	1 2 3			

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 年 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。