様式　患管3

結核登録患者連絡票

（服薬終了時）

氏　名		生年月日	年　月　日
住　所			

服薬終了	時　期	年　月　日
	理　由	病状軽快・治療中断

今後の経過観察

経過観察　　要　・　不要

（経過観察を要する場合の実施医療機関）

ア　当医療機関

イ　他医療機関（医療機関名　　）

ウ　保健所の精密検査

検　査　結　果

★　直近の胸部Ｘ線撮影

診 断 日　**令和　　年　　月　　日**

病型分類（　病　側　）　ｒ　ℓ　ｂ

（病巣の性状）　０　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ

（病巣の拡り）　１　２　３

Ｈ　ｐℓ　ｏｐ

★　治療中の結核菌検査

検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
塗　抹						
培　養						
ＰＣＲ						
他検査						
検体の種類	喀痰・胃液 他（　　）	喀痰・胃液 他（　　）	喀痰・胃液 他（　　）	喀痰・胃液 他（　　）	喀痰・胃液 他（　　）	喀痰・胃液 他（　　）

★　最終菌陽性時期　　**年　　月**

（※菌陽性とは、「塗抹陽性・培養陽性」、「塗抹陰性・培養陽性」を指します。）

その他（生活上の指導・指示等がありましたら記載願います）

年　　月　　日

（医療機関名）

（ 主 治 医 ）