

結核患者についての連絡票

医療機関名 _____

医師名 _____

年 月 日 報告

〔治療終了患者〕

患者氏名	住 所	治療終了月日	終了時病型			指導区分	今後の指導・備考		
			年 月 日撮影				次回受診日	年 月 日	
生年月日	菌検査	検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		塗抹							
		培養							
		検体名							

患者氏名	住 所	治療終了月日	終了時病型			指導区分	今後の指導・備考		
			年 月 日撮影				次回受診日	年 月 日	
生年月日	菌検査	検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		塗抹							
		培養							
		検体名							

〔治療中断患者〕

患者氏名	住 所	最終受診日	保健師への指示事項	中断理由	備考
生年月日					