


結核治療中止届

年 月 日

保健所長 殿

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印

患者	氏名				男・女	年 月 日生 (歳)		
	住所							
中止年月日		年 月 日						
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 : 年 月 日 結核死亡・その他 ()) 5 転症 () 6 その他 ()						
X線所見 (直接・間接) 	結	撮影年月日	年 月 日					
		性 状	I 広汎空洞型 (その他) II 非広汎空洞型 H III 不安定非空洞型 pl IV 安定非空洞型 op V 治癒型					
	果	部 位	両側	右	左			
		拡がり	1	2	3			
菌 検 査	塗 抹	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
		号	号	号	号	号	号	
	培 養	個	個	個	個	個	個	
		未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	
その他の検査								
次回受診予定日		1 あり (年 月頃)			2 なし			

※「結核菌検査」欄は、過去6か月間に行った検査結果を記入する。未実施の月は未実施を○で囲む。