

# 結核患者治療終了届

患者氏名	
患者住所	
公費負担医療受給者番号	
病名	
最終X線撮影年月日	平成 年 月 日
治療終了時の学会分類	r l b ----- 1 2 3 ----- H p l Op
菌検査(最近6ヶ月の所見)	平成 年 月 検体( ) = 塗抹( 号)・培養( ) 平成 年 月 検体( ) = 塗抹( 号)・培養( ) 平成 年 月 検体( ) = 塗抹( 号)・培養( ) 平成 年 月 検体( ) = 塗抹( 号)・培養( ) 平成 年 月 検体( ) = 塗抹( 号)・培養( ) 平成 年 月 検体( ) = 塗抹( 号)・培養( )
治療終了年月日	平成 年 月 日
治療終了理由	治癒(経過観察) 中止(転症: )・自己中止( ) 死亡(結核死亡・結核外死亡: ) その他( )
上記のとおり結核患者の治療を終了したのでお知らせします。 <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> 北海道江別保健所長 様  医療機関所在地 _____ 医療機関の名称 _____ 担当医師名 _____	

患者票(37条の2)を添付の上、提出願います。