# 結核患者治療終了(中止)届

### 1 患者の氏名・住所・生年月日

氏 名	
年 月 日	年 月 日
現住所	

#### 2 治療終了(中止)年月日等

治療終了(中止)年月日		治療終了(中止)区分
	ア	経過観察(C2, D2該当者)
	イ	治 癒(D3該当者)
年 月 日	ウ	治療放置(中断)
※服薬終了日(終了予定日)を記載	工	転 症 診断名
してください。	オ	死 亡 ①結核死
		②結核外死 死 因

## 3 最終X線撮影等

最終X線撮影実施日	学会分類及び指導区分
	学会分類 病 状 r l b
年 月 日	性 状 O I II III IV V
	H Op Pl
	拡がり 1 2 3
	指導区分 A 1 B 1 C 2 D 2 D 3

## 4 結核菌検査実施状況

1) 最終結核菌検査実施年月 年 月 日													
2) 過去の菌検査結果													
	最終月日		1ヶ月前		2ヶ月前		3ヶ月前		4ヶ月前		5ヶ月前		
検	查月日	月	日	月	日	月	目	月	日	月	日	月	日
結	塗 抹	G (	)	G (	)	G (	)	G (	)	G (	)	G (	)
果	培 養	_ •	+	- •	+	_ •	+	- •	+	_ •	+	- •	+
検体	なの種類												

該当する文字又は丸数字を囲んでください。

※※ 2) の最終月には 1) の月が入り、その月から遡って結果を記入してください。

①喀 痰 ②気管支洗浄液 ③浸出液 ④その他

※※※ 検体の種類は、該当する丸数字を記入してください。

年 月 日

医療機関名		

担当医師名 印