

結核患者治療終了届

年 月 日

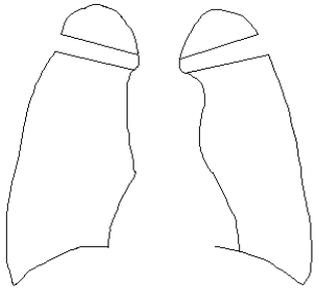
長野県 保健所長 様

所在地  
医療機関 名称  
主治医氏名

下記のとおり治療終了しましたのでお知らせします。

記

- 1 終了の種別 服薬完遂 ・ 中止 (中止の場合は、備考に詳細を記載願います。)
- 2 患者氏名
- 3 患者住所
- 4 病名
- 5 服薬終了年月日 年 月 日
- 6 治療終了年月日 年 月 日
- 7 最終検査結果

胸部X線写真  	年 月 日撮影	学会分類					結核菌検査			
		r	l	b			塗抹	検体	結果	検体採取年月日
		I	II	III	IV	V			G 号	年 月 日
		1	2	3			培養	検体	結果	検体採取年月日
		H	P1	OP						年 月 日

備考

---



---



---