

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

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
年 月 日	学会分類 病 状 r l b 性 状 0 I II III IV V H Op P1 拡がり 1 2 3 指導区分 A1 B1 C2 D2 D3

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
検査月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
結 果	塗 抹	G ()	G ()	G ()	G ()	G ()	G ()
	培 養	-・+	-・+	-・+	-・+	-・+	-・+
検体の種類							
		①喀 痰 ②気管支洗浄液 ③浸出液 ④その他					

※ 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。

※※※ 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 _____