結核患者連絡票

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名	生年月日	住所	患者票の有効期間
	・　・		年　月　日まで

1．経過観察（　年　月　日から）

2．治療放置（　年　月　日から）

最終診療年月日（　年　月　日）

最終処方年月日（　年　月　日）に（　日分）処方

最終X線所見（撮影日　年　月　日）
学会分類＿＿＿＿＿＿

最終菌検査（採取日　年　月　日）
塗抹（　）培養（　）

3．転　症（　年　月　日、病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

4．転　院（　年　月　日、転院先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

5．死　亡（　年　月　日、死因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

6．その他（　）

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿