

転 帰 届

年 月 日

宮城県 保健所長 殿

指定医療機関 住 所
名 称
主 治 医

㊟

下記の患者について報告します。

記

氏 名	(男・女)	生年月日	M・T・S・H 年 月 日			
住 所	(電話番号 — —)					
病 名	1. 肺結核 2. 結核性胸膜炎 3. その他 ()					
転 帰 理 由	1. 治 癒 年 月 日 2. 治療終了 年 月 日 3. 死 亡 年 月 日 (死因) 4. 転 症 年 月 日 (現症) 5. そ の 他					
X線検査(月 日撮影)	菌 検 査 (転帰届出前6ヵ月)	月	月	月	月	月
学 会 分 類	部 位 r・l・b	検体の種類 (*)				
	性 状 I・II・III・pl	塗 抹				
	H・Op・IV・V	培 養				
	拡がり 1・2・3	P C R				
	該当なし	同 定 検 査 ()				
* 検体の種類 A-喀痰, B-咽頭粘液等, C-胃液, D-気管支洗浄液, E-穿刺液 F-膿・浸出液, G-尿, H-組織・その他						
今後の方針	① 当院で経過観察予定 ② 他院へ紹介 (紹介先医療機関名:) ③ 保健所による管理検診 ④ その他					