

(結核第5号様式)

結核治療終了（中止）届									
年 月 日									
保健所長 殿									
医療機関名 _____									
医 師 名 _____									
患 者	氏 名		男・女	年 月 日生（ 歳 ）					
	住 所								
終了（中止） 年 月 日		年 月 日							
理 由		1 治療終了 2 中止（理由： _____） 3 死亡（死亡年月日及び死因： _____ 年 月 日 結核死亡・その他（ _____ ）） 4 転症（ _____ ） 5 その他（ _____ ）							
X 線 所 見 (直接・間接) 		撮 影		年 月 日		年 月 日			
		結 果	性 状	I 広 汎 空 洞 型 (その他) II 非広汎空洞型 H III 不安定非空洞型 p l IV 安定非空洞型 o p V 治 癒 型					
				部 位	両側 右 左				
			拡 が り		1 2 3				
菌 検 査			月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
		塗 抹	号	号	号	号	号	号	
		培 養	個	個	個	個	個	個	
			未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	未実施	
その他の検査									
次回受診予定日		1 あり（ _____ 年 _____ 月頃） 2 なし							

※「結核菌検査」欄は、過去6か月間に行った検査結果を記入する。未実施の月は未実施を○で囲む。

※本様式を提出する際は、直近の胸部X線の写真又は電子媒体を添付してください。