

(様式17)

結核菌検査状況連絡票

結核患者名

明治
大正
昭和
平成

生年月日

年 月 日

報告日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日
検体採取日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日
結果確定日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日	H 年 月 日
検 体	・喀痰 ・その他()	・喀痰 ・その他()	・喀痰 ・その他()	・喀痰 ・その他()	・喀痰 ・その他()	・喀痰 ・その他()
塗抹検査	塗抹 号	号	号	号	号	号
	同定法	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()
	同定結果	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他
培養検査	培養 個	個	個	個	個	個
	同定法	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()	・PCR ・TMA(MTD) ・その他()
	同定結果	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他	・結核菌 ・非定型抗酸菌 ・その他
耐性検査	薬品(mcg/ml)	年 月	年 月	備 考		
	INH(1)	感 不完 完	感 不完 完			
	RFP(50)	感 不完 完	感 不完 完			
	SM(20)	感 不完 完	感 不完 完			
	EB(5)	感 不完 完	感 不完 完			
	() ()	感 不完 完	感 不完 完			
() ()	感 不完 完	感 不完 完				

医療機関名

医 師 名

※ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第19条及び第20条に基づく結核患者の入院勧告につきましては、「医療機関での検査の結果、2週間以内に結核菌喀痰塗抹検査の所見が得られた肺結核患者その他の呼吸器結核で、結核をまん延させる恐れがある者」としておりますので、当該対象者につきましては2週に一度の菌検査を実施いただきますようお願いいたします。

※ 上記の菌検査結果を定期的かつすみやかにご連絡いただいている者については、同法第20条第4項に基づく入院期間の延長を行った場合の第37条結核医療費公費負担申請書作成を保健所が代行する事もできます。