（様式２）

届出年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | ふりがな  氏名 |  | 性別 | 男　・　女 | |
| 住所 |  | 生年  月日 | 大・昭・平・令  　　　年　　月　　日（　　歳） | |
| 連絡先 |  | 職業 |  | |
| 世帯主  または  保護者 | 氏名 |  | 続柄 |  | |
| 住所 |  | 連絡先 |  | |
| 入院年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | 病名 | |  |
| 退院年月日 | | 令和　　年　　月　　日 |
| 退院時の病状 | |  | 菌排泄の有無 | |  |

　　　　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 医療機関名 |  |
| 管理者名 |  |

|  |
| --- |
| 結核患者が入院したときまたは退院したときは、この届出票を７日以内に最寄りの保健所に提出してください。 |