

結核発生届

都道府県知事（保健所設置市・特別区長） 殿

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12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____ (署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 病院 _____

上記病院・診療所の所在地(※) 土浦市 _____

電話番号(※) (029) _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

Table with 6 columns: 1 診断(検案)した者(死体)の類型, 2 当該者氏名, 3 性別, 4 生年月日, 5 診断時の年齢, 6 当該者職業, 7 当該者住所, 8 当該者所在地, 9 保護者氏名, 10 保護者住所.

具体的に記載元の職種

結核病学会病型分類を記載

Main table with columns for symptoms (11), diagnosis methods (12), infection details (18), and dates (13-17). Includes handwritten notes and red boxes.

具体的に記載

QFT, T-SPOT 等 検査種類 検査日, 数値も記載

胸水検査などは, この欄に記載

この届出は診断後直ちに行ってください

診断後直ちに届出をお願いいたします。 土浦保健所 FAX 029-826-5961