年　　　月　　　日

　　　　福井県知事　　　　　様

結核指定医療機関

名　称

所在地

管理者

退院要件確認報告書

　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（以下「法」という。）第２６条で準用する法第２２条第２項の規定に基づき、下記の患者が結核の病原体を保有していないことまたは症状が消失したことを確認したので通知します。

記

　　１　患者氏名

　　２　生年月日

　　３　住　　所

　　４　病原体を保有していないことまたは症状が消失したことを確認した年月日

年　　　月　　　日

　　５　病原体を保有していないことまたは症状が消失したことを確認するに至った経過

* 咳、発熱、結核菌を含む痰等の臨床症状の消失
* ２週間以上の標準的化学療法を終了
* 患者が治療の継続および感染症拡大防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続および他者への感染の防止が可能である。
* 結核菌を含む痰等の消失（連続３回の陰性確認）

　　　　＜退院要件に係る検査結果＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査年月日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 |
| 喀痰塗沫検査結果 |  |  |  |  |
| 喀痰培養検査結果 |  |  |  |  |
| 核酸増幅法(3・4回目） |  |  |  |  |