

感染症の〔病原体〕 〔症状〕消失確認書

平成 年 月 日

市立函館保健所長 様

所在地
医療機関名
管理者名



入院患者について病原体を保有していないこと又は症状が消失したことが確認されましたので、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22条第2項（同法第26条の規定において準用する場合を含む。）の規定により、次のとおり通知します。

記

感染症名	二類感染症	結核
患者氏名	(公費負担受給者番号)	
入院年月日	年 月 日	

病原体・症状消失を確認した方法（該当する方に を付けてください。）

<p>退院基準の前段に該当する場合 咳、発熱、結核菌を含む痰等の症状が消失し、結核菌を含む痰の消失は、異なった日の喀痰の培養検査の結果が連続して3回陰性であること。 ただし、3回目の検査は、核酸増幅法の検査とすることもできる。その場合、核酸増幅法の検査の結果が陽性であっても、その後の培養検査又は核酸増幅法の検査の結果が陰性であった場合、連続して3回の陰性とみなす。</p>
<p>退院基準の後段に該当する場合 次のア～ウの全てを満たす場合 ア 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失。 (症状消失日： 年 月 日) イ 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性。 ウ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。(基準別紙に該当)</p>

検査結果（「検査方法」欄は、培養、塗抹、核酸増幅法のいずれか該当するものに を付けてください。）

検査方法	検体の種類	検体採取日	結果判明日	検査結果
培養・塗抹・核酸増幅法		年 月 日	年 月 日	
培養・塗抹・核酸増幅法		年 月 日	年 月 日	
培養・塗抹・核酸増幅法		年 月 日	年 月 日	
培養・塗抹・核酸増幅法		年 月 日	年 月 日	

担当医師名 (記入年月日 年 月 日)

備考