

第16号様式(第8条関係)

感染症患者転帰通知書

長崎県_____保健所長 様

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項の規定により次のとおり通知します。

(報告年月日) 年 月 日

管理者氏名 _____ 印
(自署又は記名押印のこと)

所属する病院・診療所等施設名 _____

上記施設の住所・電話番号 _____
(電話 _____)

患者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	性別	男 ・ 女
	職業	
感染症の名称		
転帰年月日		年 月 日
病原体消失年月日		年 月 日(結核は記入しない)
主要症状消失年月日		年 月 日

注 この届は、一類感染症患者の場合は病原体消失、二類感染症患者の場合は病原体消失又は主要症状消失が確認されたときに提出してください。