

## 感染症患者転帰通知書

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 名 \_\_\_\_\_

上 記 医 療 機 関 の 住 所 ・ 電 話 番 号 \_\_\_\_\_  
（電話 ー ）

|                   |         |                |
|-------------------|---------|----------------|
| 患<br>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（結核は記載不要） |
| 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。