

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 _____

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 - ）

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
主 要 症 状 消 失 年 月 日		年 月 日

注 一類感染症患者又は新型インフルエンザ等感染症の場合は病原体を保有していないこと、二類感染症患者の場合は病原体を保有していないこと又は当該感染症の症状が消失したことを確認したときに提出してください。