

【様式29】

就業制限対象者の症状消退通知書

年 月 日

栃木県 保健所長 様

医療機関所在地
医 療 機 関 名
管 理 者 氏 名

下記の結核患者について、当該感染症の症状が消失したことを確認し、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条において読み替えて準用する法第22条第2項の規定及び就業制限解除基準に達したので通知します。

患 者	氏 名					
	性 別 生 年 月 日	男・女	年 月 日			
	住 所					
病 名						
就 業 制 限 開 始 年 月 日		年 月 日				
就 業 制 限 開 始 以 降 の 経 過						
菌 検 査	採 取 時 期	検 体 の 種 類	結 果			
			塗 抹	培 養	P C R等	
	年 月 日	喀痰・その他（ ）	＋ －	＋ － 検査中	＋ －	
	年 月 日	喀痰・その他（ ）	＋ －	＋ － 検査中	＋ －	
	年 月 日	喀痰・その他（ ）	＋ －	＋ － 検査中	＋ －	
主 治 医 名						