

_____ 保健所長 宛

レジオネラ症患者の転帰について

記入日：令和 年 月 日

○ 患者氏名： _____

○ 年齢・性別 年齢 _____ 才 性別 _____

○ 医療機関名： _____

○ 医師名： _____

○ 転 帰 (該当に○)

入院期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

治癒・軽快・後遺症あり()・死亡(年 月 日)

その他コメント等：
