

結核患者情報連絡票

記入日 年 月 日

※本人、家族への入院の必要性の説明と了解 ( 有 無 未実施 )

(フリガナ) _____		性別: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
患者氏名: _____		
生年月日: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日	年齢: ( _____ 歳)
患者住所: _____		
電話番号: ( _____ )	健康保険 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生保	
結核発生届: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 (提出済みの場合、コピーを添付お願い致します)	当院受診歴: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
紹介元医療機関名・科 _____		( <input type="checkbox"/> 入院中 ・ <input type="checkbox"/> 外来 )
〒 _____		
住 所 _____		
電話番号 ( _____ )	FAX ( _____ )	
担当医師名 _____		

以下に  チェック、またはご記入をお願いします。

診断名 :	<input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 粟粒結核 <input type="checkbox"/> 胸膜炎 <input type="checkbox"/> 肺外結核 ( _____ )
抗酸菌 :	<input type="checkbox"/> 塗抹陽性 ( _____ 月 _____ 日 施行) → <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胃液 <input type="checkbox"/> 気管支洗浄液 <input type="checkbox"/> 気管支擦過 <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> ± Gaffky _____ 号 PCR TB <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査中 <input type="checkbox"/> 未施行 TRC TB <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査中 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 塗抹陰性 → PCR TB <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査中 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 培養陽性 DDH TB 同定 <input type="checkbox"/> 陽性 キャピリア TB <input type="checkbox"/> 陽性
合併症・特記事項 (意識障害・要人工呼吸管理・要人工透析・アルコール依存症の有無など):	_____

酸素使用:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (酸素 _____ 分)
認知症:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) )
ADL:	<input type="checkbox"/> フリー <input type="checkbox"/> トイレ歩行程度可能 <input type="checkbox"/> ベッド上
食事:	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH
排泄:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーン
感染症:	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌 <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MRAB <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

サポート可能な家族 :	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
退院後の受け入れ先または家族 :	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<b>※受け入れ先無しの場合、菌陰性後に貴施設で受け入れて頂くことになっております。</b>	
(感染症法では菌陰性化の基準を満たすと退院していただくことになります。)	

精神疾患 (含む認知症)、アルコール依存症、入院中の禁煙の守れない方等の患者については、当院では対応できない場合がありますので必ずご確認下さい。