

# 結核患者入院・診察依頼票

依頼日 年 月 日


\*お手数ですが、電話にて連絡を頂いた後、必要事項を記入して、診療情報提供書と共に受け付け時間内に地域医療連携室にFAXしてください。

地域医療連携室 直通TEL048-769-1970 FAX048-769-1971

受付時間:月～金(8:30～17:15)

(ふりがな)			
患者氏名:	男・女	生年月日 M・T・S・H	年 月 日
患者住所:	電話番号 - -		
結核発生届:( 済・未 )	当院受診歴: 有・無		
《提出済みの場合、コピーの添付をお願いします》	健康保険: 有・無・生保		
医療機関名:	病院・医院	代表電話番号	- -
担当医師名:	診療科:		
連絡担当者:	職種:	連絡先番号	- -

以下に○印、またはご記入をお願いします。

患者現状	: 外来患者・入院患者(入院日 / )・施設入所
診断名	: 肺結核・粟粒結核・胸膜炎・肺外結核( )
抗酸菌	: 塗抹(陽性・陰性) ⇒ 喀痰・胃液・胸水・その他( )
<b>※下記の①または②で結核菌と同定されていることが必要です。</b>	
※{	① 上記検体結核増幅同定検査 (PCR法・TMA法・LAMP法) 陽性・陰性・検査中・未実施
	② 培養検査 陽性・陰性・検査中 <div style="text-align: center;">  (結核菌と同定: 済・未) </div>
合併症/特記事項:	喀血・吐血・意識障害・人工呼吸管理・人工透析・アルコール依存症の有無 その他( )

酸素使用	: 無・有(酸素 l/分) SPO2( %)
認知症	: 無・有(徘徊・暴力・せん妄・不穏・その他_____)
精神科疾患	: 無・有 病名( )
ADL	: 自立・トイレ歩行程度可能・ベッド上
食事	: 自立・介助・経管栄養(胃瘻、経鼻、その他_____ )・IVH
排泄	: 自立・ポータブル・オムツ・バルーン留置・その他
感染症	: 無・不明・有(検体: 痰、尿、その他_____ )
有の場合 (MRSA、多剤耐性緑膿菌、ESBL産生菌、 多剤耐性アシネトバクター、疥癬、バンコマイシン耐性腸球菌、その他_____ )	

◎結核菌の排菌が陰性化した場合、速やかに貴院への受入れをお願い致します。

埼玉県内で結核患者を受入れしているのは当院のみのため、ご協力ください。

※受入先が無い場合、菌陰性化後に貴施設で受け入れていただくことになっております。 **□了解しました**

(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。)

↑  
チェックお願いします

\*精神科疾患の方、透析中の方、入院中の禁煙の守れない方等は、当院の受け入れが出来ない場合があります。