

FAX送付先 047-372-6225 (国際医療福祉大学市川病院・地域医療連携室)

結核患者連絡票

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:	身長: cm 体重: kg
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	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 ()
担当医氏名	

以下にレ チェック、またはご記入お願いします。

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"/> 塗沫陽性 (月 日 施行) ⇒ <input type="checkbox"/> 咳痰 <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"/> 土 Gaffky 号 <input type="checkbox"/> PCR 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"/> 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"/> 塗沫陰性 ⇒ <input type="checkbox"/> PCR 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"/> 培養陽性 DDH TB 同定 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 検査中 <input type="checkbox"/> 未施行
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) ()

*抗酸菌検査 塗沫陽性、なおかつPCR陽性の方が入院適応となります。

必ず検査をしてからご連絡ください。

*結核発生届は結核を診断した時点で直ちに報告することとなっていますので、当院への転院前の段階で保健所への提出をお願いします。

酸素使用 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (酸素 リットル/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"/> セン妄 <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 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"/> 多剤耐性菌綠膿菌 <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 : () <u>※必ずご記入下さい。</u>
<u>※ご自宅にお戻りいただけない場合は、</u> <u>菌陰性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。</u> (感染症法では菌陰性化の基準をみたすと退院していただくことになります。)

当日の来院手段 : <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> ご家族の車 <input type="checkbox"/> その他())
当日の付添者 : <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし

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ください。