

結核患者様入院・診察依頼票 依頼日： 年 月 日

\* お手数ですがこの用紙に必要事項を記入して、地域連携室にFAX送信してください。

入院可能なベッドの有無を確認して、すぐに折り返し連絡をさせていただきます。

FAX送信先 ① 042-491-3553 複十字病院（地域連携室）

② 042-492-4765 複十字病院代表

医療機関名	病院・医院 *代表電話番号			-	-
連絡担当者	担当者名:	職種:			
	担当者連絡先 TEL	-	-	内線( )	FAX - -
主治医	科	主治医名:			
(ふりがな)患者氏名	様 男・女	M/T/S	年	月	日生 歳
患者住所	TEL				- -
患者現状	外来患者	入院患者 ( 入院日 / )		施設入所	
排菌	塗抹:陽性(喀痰・胃液)・陰性・未検査				
排菌	PCR : 陽性・陰性・未検査・検査中⇒(結果予定日 / )				
患者状況	肺結核・粟粒結核・胸膜炎・肺外結核( )				
	意識レベル低下	有・無	ベッド上起座位 可・不可		
	トイレ歩行可・ポータブルトイレ使用可・ベッド上排泄・オムツ使用・尿道カテーテル挿入中				
	食事摂取可・輸液管理中(末梢 / CV)・経鼻経管栄養・経腸栄養				
	MRSA	有・無・不明	/	認知症	有・無・軽度・不穏あり・徘徊あり
	酸素吸入	無・有	L/分(カヌラ・マスク)	SPO2	%
	抗精神病薬の内服 有・無( )				
備考					
家族背景	サポート可能な家族	有・無	続柄( )	転院時の家族付き添い 有・無	
発生届け	記入済み・未記入				
転院希望日	月	日( )	時頃	救急車・自家用車・民間救急・( )	
TB菌が陰性化した時の転入院受け入れ 受け入れ可能・不可					
(転入受け入れができない場合には、転院をお受けすることはできませんので御了承下さい)					

\* 精神科治療や透析の必要な患者様の受け入れはできませんので、御了承下さい。

\* 治療開始から1週間以上経過している患者様の転院は、『多剤耐性結核』『副作用対策』以外は原則として、お断りしています。転院をご希望される場合には、備考欄に詳細をご記入下さい。

財団法人 結核予防会 複十字病院 地域連携室 TEL 042-491-9128 Fax 042-491-3553

当院への結核患者様のご紹介には、<http://www.fukujuji.org/stakeholder/index.html#tube>もご覧下さい。