

# 結核(疑)患者入院・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の上、地域医療連携室に FAX 送信をお願いします。

FAX ①042-491-3553 受付時間：月～金（8:30～17:00） ・ 土（8:30～12:00）

②受付時間外の FAX（代表） 042-492-4765

(ふりがな)	
患者氏名：	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
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： - -	
結核発生届：( 済・未 ) 《提出済みの場合、コピーの添付をお願いします》	当院受診歴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 健康保険： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生保：担当福祉 ( )
医療機関名：	病院・医院 *代表電話番号 - -
担当医師名：	診療科：
連絡担当者名：	職 種： *連絡先番号 - -

以下に✓チェック、またはご記入をお願いします。

患者現状： <input type="checkbox"/> 外来患者 <input type="checkbox"/> 入院患者（入院日 / ） <input type="checkbox"/> 施設入所
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：喀痰塗抹 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 喀痰以外での検体で陽性の場合その検体 ( )
上記検体結核増幅同定検査(PCR・TRC 他) <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査中 結果 ( 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施
画像： <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT (・空洞 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・粟粒影 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
*検査結果のコピーを送付お願いします。
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 リットル/分) SpO2 ( %)
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 ( )」
精神科疾患： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「 <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 安定していない」
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"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )
排 泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーン留置
感染症： <input type="checkbox"/> 無または不明 <input type="checkbox"/> 有 「 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑膿菌 <input type="checkbox"/> ESBL 産生菌 <input type="checkbox"/> 多剤耐性アシネトバクター <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> バンコマイシン耐性腸球菌 <input type="checkbox"/> その他 ( )」
T B 菌が陰性化した時の転入院受け入れについて：( 受け入れ可能 ・ 不可 )
*転院時の家族付き添い： <input type="checkbox"/> 有 続柄 ( ) <input type="checkbox"/> 無
*サポート可能な家族： <input type="checkbox"/> 有 続柄 ( ) <input type="checkbox"/> 無
*交通手段：自家用車・救急車・民間救急・タクシー・その他 ( )
転院希望日  月 日 ( )

\*精神科疾患で薬の調整が必要な場合、透析中の方は受け入れができません。

〒204-8522 東京都清瀬市松山3-1-24

公益財団法人結核予防会 複十字病院 地域医療連携室 電話：042-491-9128 (直通) e-mail:rmlo@fukujuji.org

2017年9月