

結核患者入院・診察依頼票

依頼日 年 月 日

* 診療情報提供書と併せて地域医療連携室に FAX 送信して下さい

FAX 送信先 0228-21-5336 受付時間：月～金（8：30～17：00）

(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 <input type="checkbox"/> R	年 月 日 年齢：(歳)
患者住所：	
電話番号： — —	
結核発生届：(済・未)	当院受診歴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生保：担当者名 ()
医療機関名：	病院・医院 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 — —

以下にレチェック、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 ()	
上記検体の核酸増幅同定検査 (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	
培養検査 (多くの場合は検査中と思いますがすでに結果判明している場合) <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査中	
培養のみ陽性の場合、 <input type="checkbox"/> 結核菌と同定済 <input type="checkbox"/> 同定まだの場合、必ず結核菌かどうか同定してもらってください。	
* 検査結果のコピーの添付をお願いします。	
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 ()」	
TB菌が陰性化した時の転入院受入れについて：(受入れ可能 ・ 不可)	
転入受入れ不可の場合、転院をお受けすることはできませんのでご了承ください	
* 転院時の家族付き添い： <input type="checkbox"/> 有 続柄 () <input type="checkbox"/> 無	転院希望日 月 日 ()
* 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 ()	

* 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

精神科疾患の方、腎機能低下の方、入院中の禁煙の守れない方等は、当院の受け入れができない場合があります。

* 本用紙は医師、看護師または連携室員に記載をお願いいたします。

〒987-2205 宮城県栗原市築館宮野中央三丁目1番地1

栗原市立栗原中央病院 地域医療連携室 TEL：0228-21-5330 (代表)