

結核患者入院・診察依頼票

診療情報提供書、抗酸菌検査結果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）

以下枠内の該当する項目に☑またはご記入をお願いします。

(ふりがな)	
患者氏名：	性別：☐ 男性 ☐ 女性
生年月日：☐M ☐T ☐S ☐H ☐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：☐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：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 — —

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：喀痰塗抹 ☐陽性 ☐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) ☐陽性 ☐陰性 ☐検査中 結果(月 日) ☐未実施
培養検査(すでに結果判明している場合) ☐陽性 ☐陰性 ☐検査中
培養のみ陽性の場合、☐結核菌と同定済 ☐同定まだの場合、必ず結核菌かどうか同定してください。
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：☐無 ☐有【(酸素 リットル/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【☐安定している ☐安定していない】
ADL：☐フリー ☐トイレ歩行程度可能 ☐ベッド上
食事：☐介助不要 ☐要介助 ☐食事摂取困難 ☐胃瘻 ☐経管栄養 ☐その他 ()
排泄：☐自立 ☐ポータブル ☐オムツ ☐バルーン留置
感染症：☐無または不明 ☐有【☐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 ()】
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：☐有 続柄 () ☐無
*サポート可能な家族：☐有 続柄 () ☐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

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)

栗原中央病院事務処理欄：☐医師 ☐病棟 ☐医事課 ☐予約センター ☐前方連携 ☐放射線科連絡