

F A X 送付先 03-3480-2070 (慈恵第三病院 2C 病棟)

結核患者情報連絡票

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: ☐ M ☐ F
患者氏名:		
生年月日: ☐ M ☐ T ☐ S ☐ H	年 月 日	年齢: (歳)
患者住所:		
電話番号: ()	健康保険: ☐ 有 ☐ 無 ☐ 生保	
結核発生届: ☐ 済 ☐ 未 (提出済みの場合、コピーを添付お願い致します)	当院受診歴: ☐ 有 ☐ 無	
紹介元医療機関名・科 (☐ 入院中 ・ ☐ 外来)		
〒		
住 所		
電話番号 () FAX ()		
担当医師名		

以下に ☒ チェック、またはご記入をお願いします。

診断名	: ☐ 肺結核 ☐ 粟粒結核 ☐ 胸膜炎 ☐ 肺外結核 ()
抗酸菌	: ☐ 塗抹陽性 (月 日 施行) → ☐ 喀痰 ☐ 胃液 ☐ 気管支洗浄液 ☐ 気管支擦過 ☐ 3+ ☐ 2+ ☐ 1+ ☐ ± Gaffky _____ 号
	PCR TB ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 検査中 ☐ 未施行
	TRC TB ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 検査中 ☐ 未施行
	☐ 塗抹陰性 → PCR TB ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 検査中 ☐ 未実施
	☐ 培養陽性 DDH TB 同定 ☐ 陽性 キヤピリア TB ☐ 陽性
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)
認知症:	☐ 無 ☐ 有 (☐ 徘徊 ☐ 暴力 ☐ せん妄 ☐ 不穏 ☐ その他 ())
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 ☐ IVH
排泄:	☐ 自立 ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ バルーン
感染症:	☐ MRSA ☐ 多剤耐性緑膿菌 ☐ ESBL ☐ MRAB ☐ VRE ☐ その他 ()

サポート可能な家族	:	☐ 有 ☐ 無
退院後の受け入れ先または家族	:	☐ 有 ☐ 無
※受け入れ先無しの場合、菌陰性後に貴施設で受け入れて頂くことになっております。		
(感染症法では菌陰性化の基準を満たすと退院していただくことになります。)		

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。

東京慈恵会医科大学附属第三病院 2C 病棟 TEL 03-3480-1151 (代表) FAX 03-3480-2070 (直通)