新山手病院　結核（疑）患者入院・診察申込書（情報提供書）

※お手数ですがこの用紙に必要事項を記入の上、入退院支援センター地域連携室にFAX送信をお願いします
【地域連携室直通】　FAX:042-393-1300　受付時間（月）～（金）8:30～16:00　第2・4（土）8:30～10:00

□該当する項目に☑チェックをお願いいたします

（フリガナ）　（　　） 患者名	□　男 □　女	生年月日	M・T・S・H	年　　月　　日
住所　〒			電話：自宅 電話：携帯	－　　－
結核発生届　：　済　・　未 《提出済みの場合、コピーの添付をお願いいたします》		健康保険：□有　・　□無 □生　保　：担当福祉（　　）		

医療機関名：	代表電話：
担当医師名：	診療科：
連絡担当者名：	直通電話：

以下に☑チェック、またはご記入をお願いいたします

患者情報　：□外来患者　□入院患者（入院日　　／　　）　□施設入所中
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（　　）
　　上記検体結核増幅同定検査（PCR・TRC他）　□陽性　□陰性　□検査中　結果（　月　日）　□未実施
画像　　：□X-P　□CT　（・空洞　□有　□無　　・粟粒影　□有　□無）
　　☆検査結果のコピーを送付お願いします

合併床/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）
　別紙診療情報提供書でも可

☆精神疾患で薬の調整が必要な場合、透析中の方、人工呼吸器を要する重症例、治療を要する合併症を
　併発している患者様のお受入れは出来ません

酸素使用　：□無　□有　（酸素　　ℓ/分）SpO2（　　%）
認知症　：　□無　□有
精神疾患　：　□無　□有
ADL　：　□フリー　□トイレ歩行程度可能　□ベッド上
食事　：　□食事介助　□要介助　□食事摂取困難　□胃婁　□経管栄養　□その他（　　）
排泄　：　□自立　□ポータブルトイレ　□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　□ESWL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：　□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（　　）

2022.04

〒189-0021　東京都東村山市諏訪町3-6-1　公益財団法人結核予防会　新山手病院
入退院支援センター地域連携室　電話：042－391-5778（直通）　042－391-1425（代表）