

## 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	M・T・S・H	年 月 日
住所 〒			電話: 自宅 電話: 携帯	- -
結核発声届 : 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: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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をお願いします

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