

結核患者入院・診察依頼票

依頼日

年

月

日

* お手数ですが、電話にて連絡を頂いた後、必要事項を記入して、診療情報提供書と共に受け付け時間内に地域医療連携室にFAXしてください。

地域医療連携室直通 FAX 048-769-1971

受付時間: 月～金(8:30～17:15)

(ふりがな)					
患者氏名:	男・女	生年月日	M・T・S・H	年	月 日
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			
医療機関名:	病院・医院	代表電話番号	-	-	
担当医師名:	診療科:				
連絡担当者:	職種:	連絡先番号	-	-	

以下に○印、またはご記入をお願いします。

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	: 塗抹(陽性・陰性) ⇒ 喀痰・胃液・胸水・その他()
	※下記の①または②で結核菌と同定されていることが必要です。
※{	① 上記検体結核増幅同定検査(PCR法・TMA法・LAMP法) 陽性・陰性・検査中・未実施
	② 培養検査 陽性・陰性・検査中
	↳ (結核菌と同定: 済・未)
合併症/特記事項:	喀血・吐血・意識障害・人工呼吸管理・人工透析・アルコール依存症の有無
	その他()

酸素使用	: 無・有(酸素 ℓ/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 病名()
ADL	: 自立・トイレ歩行程度可能・ベッド上
食事	: 自立・介助・経管栄養(胃瘻・経鼻、その他_____)・IVH
排泄	: 自立・ポータブル・オムツ・バルーン留置・その他
感染症	: 無・不明・有(検体: 痰、尿、その他_____)
	有の場合(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_____)

結核菌の排菌が陰性化した時の転入院受入について (受入可能・不可)

※受入先が無い場合、菌陰性化後に貴施設で受け入れていただ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となります。)

* 精神科疾患の方、透析中の方、入院中の禁煙の守れない方等は、当院の受け入れが出来ない場合があります。

〒349-0196 埼玉県蓮田市黒浜4147

独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院 地域医療連携室

直通 電話: 048-769-1970 FAX: 048-769-1971