

# 診療情報提供書(結核入院用)

令和 年 月 日

〒063-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1番1号

依頼医療機関



北海道医療センター  
地域医療連携室 宛

← 所在地

名称

TEL ( ) - FAX ( ) -

FAX:011-611-8112 TEL:011-611-8116

希望受診科 呼吸器内科

医師名

フリガナ	生年月日 (明・大・昭・平・令)	年 月 日 ( 歳)
患者様氏名	様 男・女	住所
		電話 ( ) -

紹介目的	結核病棟入院 日付の指定 月 日 時 分頃(事前調整日時)
------	-------------------------------

結核菌検出情報 該当に○印 して下さい	① 塗抹陽性(G: 号)	② 培養陽性	③ PCR法陽性
---------------------------	--------------	--------	----------

主病名

症状・治療経過  
現在の処方など

\* 患者発生届の提出をお願いします(居住地の保健所へ)

●来院方法(○で囲んで下さい) ●付き添い者の有無【有( )・無】

【救急車・自家用車・タクシー・徒歩】 ●携帯電話の有無【有・無】

●食事【常食・粥食・特別食・嚥下・絶食】 ●電話番号 ① ( ) ② ( )

ADL他 (入院時必須)	歩行可・車椅子・ストレッチャー	酸素吸入(有: L/分、無)
	栄養(経口摂取可・経管栄養:【胃瘻・ 】・IVH)	薬剤・食物アレルギー(無:有 )
	MRSA(有・無・未検査)	その他の感染症( )

保険情報 (入院時必須)	保険者番号・記号・番号	公費種別・受給者番号

※ この情報提供書をご使用の際には事前に直接Dr.to Dr.(結核担当医)で電話依頼(代表:011-611-8111)をお願いします。

※ 本票をFAXでご提出いただきましたら予約通知書をFAXで返信いたしますので患者様にお渡しください。

※ 入院依頼の際は、患者様へ印鑑と保険証を必ずお持ちいただくようお願いください。

※ 可能な限り胸部X線写真、CTの貸し出しをお願い申し上げます