

FAX送付先 042-491-2125 (東京病院 地域医療連携室)

結核患者様連絡票 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 男・女	
患者様氏名			
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	年齢 才
患者様住所			
患者様TEL ( )	健康保険 有・無・生保		
<b>結核発生届</b> (済・未)	当院受診歴 有・無		
<small>(感染症法では入院勧告以外の医療費は自己負担が生じます。)</small>			
紹介元医療機関名・科		(入院中・外来)	
住所			
TEL ( )	FAX ( )		
依頼者名または連絡先			

以下に○印、又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 塗抹陰性 → PCR TB 陽性、陰性、検査中、未施行 培養陽性
合併症・特記事項	(意識障害・アルコール依存症の有無など)

酸素使用	無・有 (酸素 l/分)
認知症	無・有 (徘徊、暴力、譫妄、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、介助要、食事摂取困難、胃瘻、IVH
食種	常食 分粥食 嚥下食 (きざみ食・ペースト食・ゼリー食) 流動食 禁食 治療食 その他 ( )
宗教食	無・有 ( ) ・ 不明
アレルギー	無・有 ( ) ・ 不明
排泄	自立、ポータブル、オムツ、バルーン
感染症	MRSA 有・無 : 多剤耐性緑膿菌 有・無

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
<b>※受け入れ先無の場合、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。</b>	
<small>(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。)</small>	

精神疾患(含認知症)のある患者様、脳外科的処置、透析などが必要となる可能性がある患者様については、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。

独立行政法人国立病院機構 東京病院 地域医療連携室  
TEL 042-491-2934 FAX 042-491-2125