

FAX 0463-81-1785

患者情報(結核)

国立病院機構 神奈川病院 担当医殿

平成 年 月 日

ふりがな 患者氏名	(男・女) 様	紹介 医療機関名
生年月日 M・T・S・H 年 月 日		住 所
患者住所		電話番号 FAX番号 医師氏名
電話番号		印
当院の受診歴(有・無・不明) *有の場合 年 月(頃)		結核発生届の提出(済・未)

<患者状況>

診断名	<input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 粟粒結核 <input type="checkbox"/> 胸膜炎 <input type="checkbox"/> その他結核()		
検査状況	塗抹検査 (月 日)	<input type="checkbox"/> 陽性 (<input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> Gaffky 号) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検査 (材料) <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胃液 <input type="checkbox"/> その他()	
	結核菌PCR	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 検査中(結果予定日 月 日)	
	培養検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 検査中(結果予定日 月 日)	
生活自立度	<input type="checkbox"/> ベッド上中心 <input type="checkbox"/> 座位中心(背もたれ 要・不要) <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 自立歩行		
栄養摂取	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 経口(自立・介助) <input type="checkbox"/> 点滴 *経管栄養の内容()		
食事形態	主食(飯・粥・ペースト・その他) 副食(普通・刻み・ペースト・その他)		
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 自立		
意思伝達	<input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 簡単な内容なら可 <input type="checkbox"/> 困難		
精神症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(不潔行為・自己抜去・不穏・抑うつ・意欲低下・その他)		
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(L/分)		
吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(約 回/日)		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
生活状況	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他()	
	サポート可能な家族	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

結核菌陰性後の貴施設での受入 受入可 不可

- * 感染症予防法では、菌陰性の基準を満たすとすみやかに退院していただくことになります
- * 当院の転入院は、結核菌陰性後、貴施設での受入可であることを条件とさせていただきます(無床診療所を除く)
- * 精神疾患(含、認知症)がある方の受入れについては、当院では対応できない場合があります

国立病院機構神奈川病院 地域医療連携室

受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～16時00分(年末年始、祝日を除く)

住 所 〒257-8585 神奈川県秦野市落合666-1

電話番号 0463-81-1784 FAX番号 0463-81-1785

20100601