

## 結核患者情報連絡票

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: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名:		
生年月日: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 年齢:( 歳)		
患者住所:		
電話番号: ( )	健康保険: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生活保護	
結核発生届: <input type="checkbox"/> 提出済 <input type="checkbox"/> 提出未 (提出済みの場合、コピーを添付お願い致します)	沖縄病院受診歴: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
紹介元医療機関名		( <input type="checkbox"/> 入院中・ <input type="checkbox"/> 外来)
電話番号: ( )	FAX: ( )	
担当者名:		
担当医師名:		

以下 チェック、またはご記入をお願いします。

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"/> 肺外結核 ( )
抗酸菌: <input type="checkbox"/> 塗抹陽性( 月 日 施行) → <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胃液 <input type="checkbox"/> 気管支洗浄液 <input type="checkbox"/> 気管支擦過 <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> ± Gaffky 号
<input type="checkbox"/> 培養陽性
<input type="checkbox"/> PCR陽性(核酸増幅法検査)
合併症・特記事項(意識障害・要人工呼吸器・アルコール依存症有無など)

酸素使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(酸素 量/分)
認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> その他( ))
ADL: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> ベッド上
食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃瘻)
排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> フォーレ
医療処置:( )

## ※来院の際は家族等の同伴をお願いします

来院方法	: <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他( )
沖縄病院到着予定時間	: :
退院後の受入れ先または家族	: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )※来院後入院となった場合に必要ですので記載願います