

FAX送付先:0747-54-5074 (南奈良総合医療センター 地域医療連携室)

結核(疑い)患者情報連絡票 記入日 年 月 日  
紹介元医療機関担当者の方は太枠内の事項にご記入をお願いします

(フリガナ)	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
患者氏名:			
生年月日:	年	月	日 年齢 ( )歳
患者住所:			
現在連絡のつく電話番号:	<input type="checkbox"/> 本人携帯	(	)
	<input type="checkbox"/> 付き添い者携帯	(	)
	【氏名:	続柄:	】
患者移動手段:	<input type="checkbox"/> 自家用車(車種	ナンバー	) <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他( )
紹介元医療機関・科:	( <input type="checkbox"/> 入院中 ・ <input type="checkbox"/> 外来)		
担当医師名:			
実施検査:			
胸部XP	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施	▶ 空洞 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
胸部CT	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
抗酸菌:			
<input type="checkbox"/> 塗抹陽性( 月 日実施)→	<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"/> ±	<input type="checkbox"/> ガフキー 号
PCR Tb	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 検査中 <input type="checkbox"/> 未実施
<input type="checkbox"/> 塗抹陰性 →	PCR Tb	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 検査中 <input type="checkbox"/> 未実施
<input type="checkbox"/> 塗抹未実施			
<input type="checkbox"/> その他培養検査( )			
合併症・特記事項(意識障害・要人工呼吸管理・要人工透析・アルコール依存症の有無など)			

南奈良院内連絡事項

診療担当医:	科	医師
来院予定時間:	午前	時 分
	午後	