

(入院勧告患者情報提供書・初回)

令和 年 月 日

千葉県 保健所長 様

医療機関所在地

医療機関名称

医師氏名

印

(署名又は記名押印願います。)

下記のとおり、感染症指定医療機関医療担当規定第7条に基づき、結核患者に係る患者情報を提供します。

記

カルテ No, 患者氏名, 生年月日

病名 1. 2. 3. 合併症

当該申請における治療開始日: 令和 年 月 日 入院日: 令和 年 月 日

治療内容: 1. 初回治療 2. 継続, 化学療法: 抗結核剤 () 剤使用, 外科的療法: 1. 肺結核 2. 結核性膿胸 3. 骨関節結核 4. 泌尿器結核 5. その他 ()

胸部X線写真: 学会分類, r l b, I II III IV V O, 1 2 3, H p l O P

菌検査: 診断時: 連続喀痰菌検査, 実施日, 月 日, 月 日, 月 日, 月 日, 月 日, 月 日

※2 ツベルクリン反応検査 (最新のもの), 実施日 年 月 日, 発赤 × mm, 硬結 × mm, 耐性検査 (薬剤 [µg/ml])

※3 QFT検査, 実施日 年 月 日, 陰性・判定保留・陽性, 陰性コントロール (IU/mL), 刺激抗原 (Ag) (IU/mL), 陽性コントロール (IU/mL), 耐性検査 (薬剤 [µg/ml])

※4 BCG歴, 1. 有 (S・H・R 年 月) 2. 無 3. 不明, 治療歴 (無・有)

備考

申請上の注意

- 1. 該当する項目又は数字を○で囲んでください。
2. CT等がありましたら、一連の写真を添付してください。
3. 菌検査欄は、過去6ヶ月間に実施した検査結果を記入してください。
4. 診断後の菌検査結果については、最新のものから左側より記入してください。
5. ※1・※2は、実施した場合は記入してください。