

(入院勧告患者情報提供書・延長)

千葉県 保健所長 様

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

医師氏名

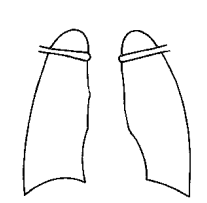
印

(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.		保健所登録 No.	
患者氏名		生年月日	

病名	1.		2.		3.	
合併症						
化学療法	抗結核剤 ( ) 剤使用		INH・RFP・RBT・SM・EB・KM・TH EVM・PZA・PAS・CS うち局所療法に使用する薬剤 ( )			
胸部X線写真	 年 月 日撮影		学会分類		その他の所見	
			r l b I II III IV V O 1 2 3 H p l O P			
症状	せき・たん・発熱・胸痛・呼吸困難・その他 ( )					
菌検査 ( 検体 : 喀痰 )						
塗抹	月 日号	月 日号	月 日号	月 日号	月 日号	月 日号
培養	月 日個	月 日個	月 日個	月 日個	月 日個	月 日個
PCR	月 日 - . +	月 日 - . +	月 日 - . +	月 日 - . +	月 日 - . +	月 日 - . +
耐性検査	( 薬剤 [μg/ml] ) 実施日 : 令和 年 月 日					
	INH [0.2] 感・耐	RFP [40] 感・耐	SM [10] 感・耐	EB [2.5] 感・耐	PZA [ ] 感・耐	RBT [ ] 感・耐
備考	(入院期間の延長理由等について詳記が必要な場合は、記入願います。)					

記載上の注意

- 該当する項目又は数字を○で囲んでください。
- CT等がありましたら、一連の写真を添付してください。
- 前回のX線写真と最新のX写真を提出してください。
- 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。
- 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。