

患者紹介状

紹介先診療機関名 _____ 御中

この方は、日本にて結核と診断され治療途中の帰国を余儀なくされました。帰国後の治療の継続にご尽力いただければ幸いです。治療経過および結果もお知らせ下さい。

紹介元保健医療機関 _____ 氏名 _____

1) 患者情報

氏名 _____ 結核発生動向調査 ID _____

国名 _____ 性 (1 : 男、 2 : 女)

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本国内住所 _____

2) 過去の結核の治療歴

1) 初回治療、 2) 再治療 (前回処方 _____ 治療結果 _____)

3) 検査結果

1) 細菌検査

喀痰塗抹検査結果 1 : 塗抹陽性 () 2 : 陰性 3 : 検査中

喀痰培養検査結果 1 : 培養陽性 2 : 陰性 3 : 検査中

薬剤感受性検査結果

I N H (μ g / m l) 1 : 耐性 2 : 感性 3 : その他

R F P (μ g / m l) 1 : 耐性 2 : 感性 3 : その他

S M (μ g / m l) 1 : 耐性 2 : 感性 3 : その他

E B (μ g / m l) 1 : 耐性 2 : 感性 3 : その他

2) 他の検査所見 (HIV、肝疾患、糖尿病など)

3) 胸部 X 線検査

(西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日撮影)



4) 最終診断

肺結核 ()

肺外結核 ()

4) 治療内容

1) 予定処方

1) 2 H R Z E / 4 H R (E)

2) 9 H R E

3) その他の処方 ()

2) 初期強化期間の処方

治療開始年月日 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

I N H (_____ m g) R F P (_____ m g)

P Z A (_____ m g) E B (_____ m g)

S M (_____ m g) その他の薬剤 ()

3) 維持治療期間

治療開始年月日 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

I N H (_____ m g) R F P (_____ m g)

P Z A (_____ m g) E B (_____ m g)

その他の薬剤 ()

4) 治療中の菌検査結果

	1ヵ月後	2月後	3月後	4月後	5月後	6月後	7月後	8月後	9月後
喀痰塗抹									
喀痰培養									

5) 治療終了予定日 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

6) 帰国予定日 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

7) 最終処方日と処方日数 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 日分)

8) 次回外来予定日 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

9) 備考 (副作用、社会経済的事項など)

5) 紹介者の情報

医療機関: _____ 病院 担当医師氏名 _____

住所 _____

電話 _____ FAX _____

メール _____ @ _____

保健所: _____ 保健所 担当保健師名 _____

住所 _____

電話 _____ FAX _____

メール _____ @ _____

患者情報保護のため、封筒をご利用下さい。

TB patient referral form (confidential report)

Name of clinic where patient is being referred: _____

This patient was diagnosed with TB in Japan and returned back to his/her home country before completing TB treatment. Please continue further treatment in order to complete treatment and return back information of further treatment and treatment outcome to referring facility by (E)-mail or FAX.

1) Patient information

Name _____ TB surveillance ID _____

Country _____ Sex (1 male, 2 female)

Birth date Year _____ Month _____ Day _____

Address _____

2) Present history of TB disease

1) New case () 2) Retreatment () 3) Unknown ()

3) Results of examinations

1) Bacteriological examination before treatment

Sputum smear result 1 : Positive (grade:) 2 : Negative

Sputum culture result 1 : Positive 2 : Negative 3 : Not received

Drug Susceptibility Test

I N H (μ g / m l) 1 : Susceptible 2 : Resistant

Rifampicin (μ g / m l) 1 : Susceptible 2 : Resistant

Streptomycin (μ g / m l) 1 : Susceptible 2 : Resistant

EB (μ g / m l) 1 : Susceptible 2 : Resistant

2) Other findings(HIV status, liver disease, DM, etc.)

3) Chest XP examination

Year _____ Month _____ Day _____

4) Final diagnosis

Pulmonary TB ()

Extrapulmonary TB ()

4) Treatment

1) Regimen

1) 2 H R Z E / 4HR(E)

2) 9 H R E

3) Other regimen ()

2) Initial phase

Treatment starting date (Year _____ Month _____ Day _____)

I N H (_____ m g) R F P (_____ m g)

P Z A (_____ m g) E B (_____ m g)

S M (_____ m g) Other drug (_____)

3) Continuation phase

Treatment starting date (Year _____ Month _____ Day _____)

I N H (_____ m g) R F P (_____ m g)

P Z A (_____ m g) E B (_____ m g)

S M (_____ m g) Other drug (_____)

4) Bacteriological examination during treatment

	in 1 month	in 2 M	in 3 M	In 4 M	in 5 M	in 6 M	In 7 M	in 8 M	in 9 M
Smear									
Culture									

5) Planned completion date (Year _____ Month _____ Day _____)

6) Date to return to home country (Year _____ Month _____ Day _____)

7) Last prescription date & prescription

(Year _____ Month _____ Day _____ Prescription for _____ days amount of drugs)

8) Next due date to receive medicines (Year _____ Month _____ Day _____)

9) Remarks (side effects, socio-cultural issues, etc.)

5) Information of referring clinic/public health center

1) Name of Clinic : _____ Doctor's name _____

Address _____

TEL Japan(+81) _____ FAX Japan(+81) _____

E-mail address _____ @ _____

2) Public Health Center : _____ PHNurse _____

Address _____

TEL Japan(+81) _____ FAX Japan(+81) _____

E-mail address _____ @ _____

Date : Year _____ Month _____ Day _____ Signature _____

To protect patient's confidentiality, please put this form in the envelop and seal the envelope