

# 培養・感染症検査の結果送信票

送信先： 医療法人扶恵会 釧路中央病院 医療相談室 担当者 様  
 FAX 0154-22-0367 TEL 0154-31-2111

下記患者様の転入院可否判定の為、検査データを提供致します。 送信票含めて計 枚

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 性別 \_\_\_\_\_ 男性・女性

※ 医療機関・施設内規上、FAX送信に制限がある場合は、郵送もしくは釧路中央病院の職員に直接お渡し下さい。

① 薬剤耐性菌について 検出の有無 有・無

・下記一覧に検出された耐性菌がある場合は、 にチェックし感染・保菌を囲んで下さい。

耐性菌名	検査日	材料	感染・保菌の鑑別 〔わかる範囲で〕
<input type="checkbox"/> MRSA	年 月 日	材料名 ( )	感染・保菌
<input type="checkbox"/> MDRP	年 月 日	材料名 ( )	感染・保菌
<input type="checkbox"/> ESBL 菌種 ( )	年 月 日	材料名 ( )	感染・保菌
<input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月 日	材料名 ( )	感染・保菌
<input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月 日	材料名 ( )	感染・保菌
<input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月 日	材料名 ( )	感染・保菌

② 培養同定、薬剤感受性検査について 検査の有無 有・無

採取受付日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 材料名 ( )

採取受付日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 材料名 ( )

・結果がある場合は、別紙を次ページ以降に添付して提供下さい。

③ 感染症スクリーニング検査について 検査の有無 有・無

検査日	陽性・陰性	検査日	陽性・陰性
HBs抗原 _____ 年 月 日 (未実施・+・-)		梅毒 _____ 年 月 日 (未実施・+・-)	
		(STS法・TP抗原法)	
HBV _____ 年 月 日 (未実施・+・-)		HCV _____ 年 月 日 (未実施・+・-)	
その他 ( ) _____		_____ 年 月 日 (未実施・+・-)	

発信元： 医療機関・介護保険施設名 \_\_\_\_\_

FAX ( ) - TEL ( ) -

所属・職種 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_