

転院時感染症チェックシート

担当者様へ

- ・下記の項目についてわかる範囲で構いませんのでご記入下さいますようお願い致します。
- ・転院時に患者様が御持参いただきますようお願い致します。

記載日 年 月 日

患者氏名		生年月日(T . S)			年	月	日	才 男 女	
	菌名	結果			検出検体(材料)				
微生物検出歴	<input type="checkbox"/>	MRSA	+	-	未				
	<input type="checkbox"/>	MDRP	+	-	未				
	<input type="checkbox"/>	ESBL	+	-	未				
	<input type="checkbox"/>	メタロβ -ラクタマーゼ	+	-	未				
	<input type="checkbox"/>	VRE	+	-	未				
	<input type="checkbox"/>	非結核性抗酸菌	+	-	未				
	<input type="checkbox"/>	結核菌	+	-	未				
	<input type="checkbox"/>	その他	+	-	未				
ウイルス検査	<input type="checkbox"/>	HBs抗原	+	-	未	X			
	<input type="checkbox"/>	HBs抗体	+	-	未				
	<input type="checkbox"/>	HCV抗体	+	-	未				
	<input type="checkbox"/>	HIV抗原・抗体	+	-	未				
	<input type="checkbox"/>	HTLV-1抗体	+	-	未				
	<input type="checkbox"/>	梅毒	TPHA	+	-				未
	<input type="checkbox"/>		RPR	+	-				未
既往歴	<input type="checkbox"/>	結核	+	-	不明	X			
	<input type="checkbox"/>	クロストリジウム ディフィシル腸炎	+	-	不明				
	<input type="checkbox"/>	疥癬	+	-	不明				