※御紹介頂きました患者様の生活状況・家庭環境の確認をお願いいたします。

家族状況： 独居 ・ 高齢者世帯 ・ 同居 ・ その他 ()	
家族構成図	転院理由
	加療 ・ 長期療養 ・ リハビリ ・ 緩和 ・ 検査 その他 () その他特記事項

※御紹介頂きました患者様の 感染状況 の確認をお願いいたします。

①結核の既往はありますか？

なし あり いつ頃 ()
検査歴なし 治療の有無 (あり ・ なし)

②MRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)の検出はありませんか？

なし あり ※ありの場合採取日・検出部位を教えてください ()
検査歴なし

③ESBL(基質特異性拡張型βラクタマーゼ)産生菌の検出はありませんか？

なし あり ※ありの場合採取日・検出部位を教えてください ()
検査歴なし

④MDRP(多剤耐性緑膿菌)の検出はありませんか？

なし あり ※ありの場合採取日・検出部位を教えてください ()
検査歴なし

⑤現在、下痢症状はありませんか？

なし あり

⑥CD抗原の検出はありませんか？

なし あり (検出日:)
検査歴なし (トキシン: 陰性 ・ 陽性)

⑦その他、感染症の情報がありましたら教えて下さい。

なし あり ()

御協力ありがとうございました。当書類が届き次第、転院調整に当たらせて頂きます。