

患者介绍信

介绍患者前往的医療机关名 _____

此人在日本被诊断患有结核并正在进行治疗。由于患者不得不回国，希望回国后能给予继续治疗，并将治疗经过及结果通知元保健医疗机关。

元保健医疗机关 _____ 姓名 _____

1) 患者情报

姓名 _____ 结核发生动向调查ID _____

国名 _____ 性别 (1: 男、2: 女)

出生年月日 西历 _____年 _____月 _____日

本国内住址 _____

2) 过去的结核治疗史

1) 初次治疗、 2) 再次治疗 (前次处方 _____ 治疗结果 _____)

3) 检查结果

1) 细菌检查

咯痰涂抹检查结果 1: 涂抹阳性 () 2: 阴性 3: 检查中

咯痰涂抹检查结果 1: 培养阳性 2: 阴性 3: 检查中

药剂感受性检查结果

I N H (μ g / m l) 1: 耐性 2: 感性 3: 其它

R F P (μ g / m l) 1: 耐性 2: 感性 3: 其它

S M (μ g / m l) 1: 耐性 2: 感性 3: 其它

E B (μ g / m l) 1: 耐性 2: 感性 3: 其它

2) 其它检查所见 (HIV、肝疾患、糖尿病等)

3) 胸部X线检查

(西历 _____年 _____月 _____日摄影)



4) 最终诊断

肺结核 ()

肺外结核 ()

4) 治疗内容

1) 预定处方

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

2) 9 H R E

3) 其它处方 ()

2) 初期强化期间的处方

治疗开始年月日 (西历 _____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)、其它的药剂 ()

3) 维持治疗时间

治疗开始年月日 (西历 _____年 _____月 _____日)

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

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

其它药剂 ()

4) 治疗中的菌检查结果

	1个月后	2月后	3月后	4月后	5月后	6月后	7月后	8月后	9月后
咯痰涂抹									
咯痰培养									

5) 治疗结束预定日 (西历 _____年 _____月 _____日)

6) 归国预定日 (西历 _____年 _____月 _____日)

7) 最终处方日及处方日数 (西历 _____年 _____月 _____日 _____日量)

8) 下次就诊预定日 (西历 _____年 _____月 _____日)

9) 备考 (副作用、社会经济的事项等)

5) 介绍者的情报

医疗机关: _____ 医院 负责医师姓名 _____

住址 _____

电话 _____ 传真 _____

电子邮箱 _____ @ _____

保健所: _____ 保健所 负责保健师姓名 _____

地址 _____

电话 _____ 传真 _____

电子邮箱 _____ @ _____

为保护患者的个人情报，请使用信封。

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 ()

Extra pulmonary 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(0081) _____ FAX Japan(0081) _____

Mail address _____ @ _____

2) Public Health Center: _____ PHNurse _____

Address _____

TEL Japan(0081) _____ FAX Japan(0081) _____

Mail address _____ @ _____

Date : Year _____ Month _____ Day _____ Signature _____

To protect patinet' s confidentiality, Please put this form in the envelop and seal the envelope