

환자 소개장

소개처 진료기관명 _____ 귀중

이 분께서는 일본에서 결핵이 진단되었으나 치료도중 귀국할 수 밖에 없게 되어 귀국후의 치료에 힘써주시면 감사하겠습니다. 가능하면 치료경과 및 결과를 당의료기관에 알려주십시오.

소개하는 _____ 보건의료기관 _____ 성명

1) 환자 정보

성명 _____ 결핵발생 동향조사ID _____

나라명 _____ 성별 (1 : 남, 2 : 여)

생년월일 서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일

본국내 주소 _____

2) 과거 결핵 치료이력

1) 초기치료, 2) 재치료 (전 회의 처방 _____ 치료 결과 _____)

3) 검사 결과

1) 세균 검사

객담도말 검사결과 1 : 도말양성 () 2 : 음성 3 : 검사중

객담배양 검사결과 1 : 배양양성 2 : 음성 3 : 검사중

약제감수성 검사결과

INH ($\mu g/m l$) 1 : 내성 2 : 감성 3 : 그 외

RFP ($\mu g/m l$) 1 : 내성 2 : 감성 3 : 그 외

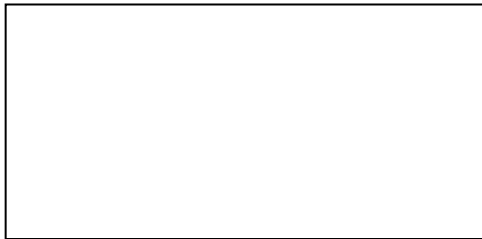
SM ($\mu g/m l$) 1 : 내성 2 : 감성 3 : 그 외

EB ($\mu g/m l$) 1 : 내성 2 : 감성 3 : 그 외

2) 그 외 검사 소견 (HIV, 간질환, 당뇨병 등)

3) 흉부X선 검사

(서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일 촬영)



4) 최종진단

간결핵 ()

간 이외의 결핵 ()

4) 치료내용

1) 처방 예정

1) 2HRZE/4HR(E)

2) 9HRE

3) 그 외의 처방 (_____)

2) 초기강화기간의 처방

치료개시 년월일 (서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일)

INH (_____ mg), RFP (_____ mg)

PZA (_____ mg), EB (_____ mg)

SM (_____ mg), 그 외의 약제 (_____)

3) 치료유지기간

치료개시 년월일 (서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일)

INH (_____ mg) RFP (_____ mg)

PZA (_____ mg) EB (_____ mg)

그 외의 약제 (_____)

4) 치료중 균검사 결과

	1개월 후	2개월 후	3개월 후	4개월 후	5개월 후	6개월 후	7개월 후	8개월 후	9개월 후
객담도말									
객담배양									

5) 치료종료 예정일 (서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일)

6) 귀국 예정일 (서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일)

7) 최종처방일과 처방일수 (서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일 _____ 일분)

8) 다음 회 외래 예정일 (서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일)

9) 비고 (부작용, 사회·경제적 사항 등)

5) 소개자 정보

의료기간 : _____ 병원 담당의사 성명 _____

주소 _____

전화 _____ FAX _____

메일 _____ @ _____

보건소 : _____ 보건소 담당보건사 성명 _____

주소 _____

전화 _____ FAX _____

메일 _____ @ _____

환자개인정보 보호를 위해 봉투를 이용해 주십시오.

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 / 4 H R (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 : _____ PH Nurse _____

Address _____

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

Mail address _____ @ _____

Date : Year _____ Month _____ Day _____ Signature _____

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