

薬剤耐性菌検出情報提供書

記入日 年 月 日
 医療機関名 ()
 診療科名 ()
 医師氏名 ()

患者氏名 ()

平素より大変お世話になっております。
 本患者からは下記の薬剤耐性菌が検出されております。

		検体採取 年月日	検体 種別	備考
<input type="checkbox"/>	カルバペネム耐性腸内細菌科細菌 (CRE) <input type="checkbox"/> Enterobacter cloacae <input type="checkbox"/> Enterobacter aerogenes <input type="checkbox"/> Klebsiella pneumonia <input type="checkbox"/> Escherichia coli <input type="checkbox"/> Serratia marcescens <input type="checkbox"/> Citrobacter freundii <input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/>	バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌 (VRSA)			
<input type="checkbox"/>	多剤耐性緑膿菌 (MDRP)			
<input type="checkbox"/>	バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)			
<input type="checkbox"/>	多剤耐性アシネトバクター属			
<input type="checkbox"/>				

今後ともよろしくお願ひ申し上げます。

☆ 本薬剤耐性菌に関する問合せ先 電話 _____
 診療科 () 医師名 ()

☆ 病状に関する問合せ先 電話 _____
 主治医氏名 ()