

小児結核診療のサポート体制に関する調査票（案）

資料9

1. 基本情報

(1) 医療機関名			
(2) 担当部署			
(3) 連絡先	ご担当者様		
	電話番号		
	E-mail		

2. 回答結果の保健所及び他医療機関への情報提供について

(1) 回答結果の情報提供	回答	
---------------	----	--

3. 相談が多い地域に☑をお願いします。

<input type="checkbox"/> 区東部	<input type="checkbox"/> 区西部	<input type="checkbox"/> 区中央部
<input type="checkbox"/> 多摩北部	<input type="checkbox"/> 多摩西部	<input type="checkbox"/> 多摩東部
<input type="checkbox"/> 多摩南部		
<input type="checkbox"/> 埼玉県 () <input type="checkbox"/> 千葉県 () <input type="checkbox"/> 神奈川県 () <input type="checkbox"/> その他 ()		

4. 医療機関からの結核に関わる相談について(期間：令和7年10月から12月)

(1) 一般医療機関からの相談	約	件
(2) 結核病床を持つ医療機関からの相談	約	件
(3) 内容について以下項目に☑をお願いします。 <input type="checkbox"/> 入院の依頼や転院相談 <input type="checkbox"/> 診断について <input type="checkbox"/> コッホ現象疑い <input type="checkbox"/> 接触者健診 <input type="checkbox"/> 薬剤耐性 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 副作用対応 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他 ()		
(4) 相談件数が多かった項目はどれでしたか？上位3つを選択してください。	1	
	2	
	3	
(5) 相談が多い医療機関名（自由記述）		

5. 他医療機関への結核に関する相談について

(1) 他医療機関への相談の有無（年間の大まかな件数）	有		無		約	回/年
(2) 内容について以下項目に☑をお願いします。 <input type="checkbox"/> 合併症による転院相談 <input type="checkbox"/> 後方病院としての受入れ相談 <input type="checkbox"/> その他 ()						
(3) 相談先の医療機関名（自由記述）						

6. ご要望等がございましたらご記載ください。

--

多項目にわたる調査にご協力ありがとうございました。