

FAX 送信先：0133-75-2270

令和 年 月 日

予約票（診療情報提供書）

※太枠の中は、記入しないでください。

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、PCR 検査をお願いします。

（診察いただき、新型コロナウイルス感染の疑いがある方、濃厚接触者が対象となります。）

1. 提出者情報			
医療機関名			
住所			
電話番号	休診日の連絡先		
FAX 番号			
医師氏名			

2. 患者情報			
ふりがな		男 ・ 女	生年月日 (年齢)
氏名			(歳)
住所	石狩市	居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設等
職業		勤務先・学校等	
電話番号 (携帯)		電話番号 (自宅)	
同居家族	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 未成年) <input type="checkbox"/> なし		

3. 検査対象	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症であることが疑われる <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染確定例との濃厚接触者		
4. 症状の確認（発症月日）	5. 実施済みの検査等		
<input type="checkbox"/> 咳	月	日から	(インフルエンザ、マイコプラズマ、レントゲン検査、酸素飽和度等)
<input type="checkbox"/> 鼻水	月	日から	
<input type="checkbox"/> 発熱	月	日から °C	
<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	月	日から	
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	月	日から	
<input type="checkbox"/> 肺炎所見	月	日から	
<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害	月	日から	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
6. 今日の症状に対する処方、処置			
7. 特記事項			

8. 医師による確認事項			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 (週) <input type="checkbox"/> 無	喫煙の有無	<input type="checkbox"/> 有 (年) <input type="checkbox"/> 無
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (COPD、喘息他) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他連絡事項			