

新型コロナウイルス検体採取に関する診療情報提供書

南部地区PCR検査センター 担当医 殿	TEL番号	(0954)-22-3344
	専用携帯番号	(080)-3952-3344
	FAX番号	(0954)-23-2216

令和 年 月 日

1. 依頼医療機関情報 (□はいずれかにチェック)		2. 患者情報② (□は必ずいずれかにチェック)	
医療機関名称		妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり(月) <input type="checkbox"/> なし
住所		現在の喫煙	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
電話番号		喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり(本/ 年) <input type="checkbox"/> なし
ファックス番号		基礎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 免疫制御剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗癌剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし	
医師氏名			
所属医師会	<input type="checkbox"/> 武雄杵島地区・ <input type="checkbox"/> 鹿島藤津地区		
管轄保健所	杵藤保健福祉事務所		
2. 患者情報① (□は必ずいずれかにチェック)			行動歴等 (該当するものにチェック)
ふりがな		新型コロナウイルス感染症確定者が症状を発症した発症前2日から2週間(14日間)以内に、その確定者と患者本人が接触があった	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
氏名		患者本人が発症前2週間(14日間)以内に流行地指定地域への訪問・滞在歴がある	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	患者本人が発症前2週間(14日間)以内の海外渡航歴がある	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
年齢	(歳)	家族や職場等に平熱を超える発熱+呼吸器症状(咳、咽頭痛、呼吸苦等)もしくは味覚、嗅覚障害を認める人がいる	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	接触確認アプリ(COCOA)から通知(陽性者との接触)があった	<input type="checkbox"/> なし
住所	〒	3. 症状あるものにチェック (経過日数等も記載)	
現時点の居所		症状の発症日	令和 年 月 日
職業		重症か否か	<input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 重症でない
勤務先		<input type="checkbox"/> 発熱	(Max °C) ()日前から
電話番号(自宅)	() -	<input type="checkbox"/> 咳嗽	()日前から
電話番号(携帯)	- -	<input type="checkbox"/> 喀痰	()日前から
医療保険情報		<input type="checkbox"/> 鼻汁	()日前から
保険者番号		<input type="checkbox"/> 咽頭痛	()日前から
被保険者証の記号・番号		<input type="checkbox"/> 呼吸困難感	()日前から
被保険者証	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	SpO2	% (room air)
公費負担番号		<input type="checkbox"/> 味覚異常	()日前から
公費負担受給者番号		<input type="checkbox"/> 嗅覚異常	()日前から
同居家族	<input type="checkbox"/> あり 該当するものがあればチェック <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 妊娠者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患患者 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 免疫制御状態 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	()日前から
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 同居者が運転する車	<input type="checkbox"/> 腹痛	()日前から
来院車のナンバー		<input type="checkbox"/> 下痢	()日前から
携帯電話の所持	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> その他症状	
		現在の処方	