

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		重症化のリスク因子となる疾患等の有無	<input type="checkbox"/> あり(下記該当するものに√) <input type="checkbox"/> なし	
住所			<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患(COPD等)	
電話番号			<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 心血管疾患	
ファックス番号			<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙歴	
医師氏名			<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病	
所属医師会	<input type="checkbox"/> 武雄杵島地区・ <input type="checkbox"/> 鹿島藤津地区		<input type="checkbox"/> 脂質異常症	
管轄保健所	杵藤保健福祉事務所		<input type="checkbox"/> 肥満 (BMI 30以上)	
2. 患者情報① (□は必ずいずれかにチェック)				
ふりがな		行動歴等 (該当するものにチェック) 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 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 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 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		
氏名				
生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日			
年齢	(歳)			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
住所	〒			
現時点の居所				
職業				
勤務先				
電話番号(自宅)	() -			
電話番号(携帯)	- -			
保護者氏名	※未成年者の場合要記入			
医療保険情報		3. 症状等該当するものにチェック (経過日数等も記載)		
保険者番号		症状の発症日	令和 年 月 日	
被保険者証の記号・番号		<input type="checkbox"/> 発熱	(Max °C) ()日前から	
被保険者証	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 咳	()日前から	
公費負担の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 咳以外の急性呼吸器症状	()日前から	
同居家族 □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"/> 肺炎像	()日前から	
			<input type="checkbox"/> 重篤な肺炎	()日前から
			<input type="checkbox"/> 急性呼吸窮迫症候群	()日前から
			<input type="checkbox"/> 多臓器不全	()日前から
			<input type="checkbox"/> 頭痛	()日前から
			<input type="checkbox"/> 嘔気/嘔吐	()日前から
			<input type="checkbox"/> 下痢	()日前から
		<input type="checkbox"/> 結膜炎	()日前から	
		<input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚障害	()日前から	
		<input type="checkbox"/> 咽頭痛	()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"/> その他症状		
来院車のナンバー		SpO2	% (room air)	
新型コロナウイルスワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> あり ()回 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	現時点の重症度	<input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症I (呼吸不全なし) <input type="checkbox"/> 中等症II (呼吸不全あり) <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 無症状	
		入院の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		現在の処方		