

診療情報提供書

PCR検査センター 御担当医 殿
東部保健所 御中

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、PCR検査をお願いしたく存じます。

1.紹介医情報	
医療機関名	
医師氏名	
電話番号	
F A X 番号	

2.患者情報	
氏名(フリガナ)	() 性別 男 ・ 女
生年月日	年 月 日 () 歳
住所	
電話番号	(自宅) - - (携帯) - -
職業	
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (COPD等) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり (妊娠週数) <input type="checkbox"/> なし
同居家族	<input type="checkbox"/> あり ()人 (<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊婦者 <input type="checkbox"/> 医療従事者等) <input type="checkbox"/> なし

3.症状の経過									
	日付	症状等							
		体温	咳	全身倦怠感	呼吸苦	味覚・嗅覚異常	鼻水	頭痛	その他の症状
発症日	/	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
<発症後の経過 (自由記載) >									
現在の症状		℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	

4.検査所見	
X線所見	<input type="checkbox"/> 所見あり () <input type="checkbox"/> 所見なし
CT検査所見	<input type="checkbox"/> 所見あり () <input type="checkbox"/> 所見なし
血液検査結果	・白血球数: _____ / μ l ・リンパ球数: _____ / μ l ・CRP: _____ mg/L

5.行動歴 (発症前2週間の海外渡航・発生地域への往訪、肺炎患者との接触、密集・密閉空間への行動歴等)	
<input type="checkbox"/> 海外への渡航歴 (月 日～ 月 日、場所:)	<input type="checkbox"/> その他自由記載
<input type="checkbox"/> 流行・発生地域への往訪 (月 日～ 月 日、場所:)	()
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス患者または疑い患者との接触 (月 日)	
<input type="checkbox"/> 密閉された空間で多く人が参加する場所やイベントへの参加 (月 日)	<input type="checkbox"/> 該当なし

6.その他備考

医師会事務局へFAX (- -) してください

PCR検査センター受付番号: