

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	(医療機関) - - (医師直通) - -
FAX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	/	°C	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		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
		°C	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	

4. 検体種別			
<input type="checkbox"/> 唾液	<input type="checkbox"/> 鼻腔拭い液	<input type="checkbox"/> 鼻咽頭拭い液	<input type="checkbox"/> 喀痰

5. 検査所見	
<input type="checkbox"/> いずれの検査も未実施	
COVID-19抗原検査	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
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

6. 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

7. その他備考	