

## 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		°C	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	その他の症状

## 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: _____/μl ・リンパ球数: _____/μl ・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

--