

必ず全ての項目を入力してください

※記入漏れがある場合は、確認のお電話をさせて頂く場合があります。

別添2

令和 年 月 日

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

Medical information form with fields for hospital name, doctor name, phone numbers, and fax number.

結果が陽性の場合で、医療機関へのご連絡がつかない場合に保健所よりご連絡します。いつでも連絡が取れる電話番号を、必ず記入してください。

2.患者情報

Patient information form including name, gender, age, address, phone numbers, occupation, and medical history.

3.症状の経過

Symptom progression table with columns for date, temperature, cough, fatigue, breathing difficulty, taste/smell, nasal discharge, headache, and other symptoms.

”発症日”、”現在の症状”は、可能な限り詳細を記入してください。

4.検体種別

Specimen type selection form with checkboxes for saliva, nasal swab, nasopharyngeal swab, and sputum.

5.検査所見

Test results form including COVID-19 antigen test, X-ray, CT scan, and blood test results.

X線所見、CT検査所見、血液検査結果のいずれも行っていない場合は、必ず”下記いずれの検査も未実施”にチェックを付けてください。

6.行動歴 (発症前2週間の海外渡航・発地域への往訪、肺炎患者との接触、密集・密閉空間への行動歴等)

Travel history form with checkboxes for overseas travel, visits to endemic areas, contact with COVID-19 patients, and participation in crowded events.

行動歴がない場合は、必ず”該当なし”にチェックを付けてください。

7.その他備考

Other remarks form with a large empty space for additional information.