

(別添2)

令和 年 月 日

令和 年 月 日

診療情報提供書

保健所報告書

地域外来・検査センター 御担当医殿

地域外来・検査センター名【 】

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、
PCR検査をお願いたく存じます。2～7を記載

1・8を記載

医師氏名【 】

提出者情報	
医療機関名称	
住所	
電話番号	
ファックス番号	
医師氏名	
所属医師会	
管轄保健所	

1.検査結果等	
検査採取日	令和 年 月 日
検体の種類	☐ 咽頭 ☐ 鼻腔
検査結果	☐ 陽性 ☐ 陰性
検査結果判明日	令和 年 月 日
新型コロナ以外の検査	☐ あり ☐ なし
実施した検査と結果	

2.患者情報	来院の手段 車・自転車・徒歩 車種・No. () 色 ()		
ふりがな	生年月日・年齢	(明治、大正、昭和、平成、令和) 年 月 日 歳	
氏名	性別	☐ 男 ☐ 女	
職業	(勤務先・学校等)		
住所			
電話番号(自宅)	電話番号(携帯)		
メールアドレス			
現時点の居所			

医療保険情報(被保険者番号・記号・番号・枝番)	
-------------------------	--

同居家族	☐ あり(☐ 高齢者 ☐ 基礎疾患患者 ☐ 免疫抑制状態者 ☐ 妊娠者 ☐ 医療従事者等) ☐ なし
------	---

3.患者本人以外の連絡者			
ふりがな		続柄	
氏名			
住所			
電話番号(自宅)	電話番号(携帯)		
メールアドレス			

4. 医師による確認事項			
妊娠の有無	☐ あり ☐ なし	ありの場合月数	
喫煙の有無	☐ あり ☐ なし	喫煙歴	☐ あり ☐ なし
基礎疾患の有無	☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症(高コレステロール血症) ☐ 脳血管疾患 ☐ 認知症 ☐ 心不全 ☐ 呼吸器疾患(COPD等) ☐ 免疫抑制剤の使用 ☐ 抗がん剤の使用 ☐ 透析治療中 ☐ その他 ()		

5.症状あるものにチェック	6.現在の処方
☐ 咳・鼻水 () 日前から ☐ 発熱 () 日前から ☐ 全身倦怠感 () 日前から ☐ 呼吸苦 () 日前から ☐ 味覚・嗅覚異常 () 日前から ☐ その他の症状 ()	
	7.特記事項

8.患者の症状等	
重症か否か	☐ 重症 ☐ 重症でない 重症(※)と判断した日付 令和 年 月 日
発症年月日	令和 年 月 日
検査依頼時点の症状	☐ 4と5と同じ ☐ それ以外の症状(具体的に記載)
推定感染源	

※黄色の欄は外来・検査センター側で記載 ピンク・赤の欄は紹介元医療機関で記載

※重症とは、ICU入室又は人工呼吸器の使用

※記載漏れのないようお願いします。記載漏れがある場合は、受付できません。