

令和 年 月 日		(別添2) 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検査をお願いしたく存じます。2～7を記載		医師氏名【 】																																					
1・8を記載																																							
提出者情報 <table><tr><td>医療機関名称</td><td rowspan="5"></td></tr><tr><td>住所</td></tr><tr><td>電話番号</td></tr><tr><td>ファックス番号</td></tr><tr><td>医師氏名</td></tr><tr><td>所属医師会</td><td></td></tr><tr><td>管轄保健所</td><td></td></tr></table>		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 <table><tr><td>検査採取日</td><td>令和 年 月 日</td></tr><tr><td>検体の種類</td><td>☐咽頭(PCR) ☐鼻咽頭(PCR) ☐鼻咽頭(抗原)</td></tr><tr><td>検査結果</td><td>☐陽性 ☐陰性</td></tr><tr><td>検査結果判明日</td><td>令和 年 月 日</td></tr><tr><td>新型コロナ以外の検査</td><td>☐あり ☐なし</td></tr><tr><td>実施した検査と結果</td><td></td></tr></table>		検査採取日	令和 年 月 日	検体の種類	☐ 咽頭(PCR) ☐ 鼻咽頭(PCR) ☐ 鼻咽頭(抗原)	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															
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																																							
検査採取日	令和 年 月 日																																						
検体の種類	☐ 咽頭(PCR) ☐ 鼻咽頭(PCR) ☐ 鼻咽頭(抗原)																																						
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 <table><tr><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日・年齢</td><td>(明治、大正、昭和、平成、令和) 年 月 日 歳</td></tr><tr><td>氏名</td><td></td><td>性別</td><td>☐男 ☐女</td></tr><tr><td>職業</td><td></td><td>(勤務先・学校等)</td><td></td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>電話番号(自宅)</td><td></td><td>電話番号(携帯)</td><td></td></tr><tr><td>メールアドレス</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>現時点の居所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>医療保険情報(被保険者番号・記号・番号・枝番)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>同居家族</td><td colspan="3">☐あり(☐高齢者 ☐基礎疾患者 ☐免疫抑制状態者 ☐妊娠者 ☐医療従事者等) ☐なし</td></tr></table>				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 ☐ 基礎疾患者 ☐ 免疫抑制状態者 ☐ 妊娠者 ☐ 医療従事者等) ☐ なし		
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 <table><tr><td>ふりがな</td><td></td><td>続柄</td><td></td></tr><tr><td>氏名</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>電話番号(自宅)</td><td></td><td>電話番号(携帯)</td><td></td></tr><tr><td>メールアドレス</td><td colspan="3"></td></tr></table>				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																			
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 <table><tr><td>妊娠の有無</td><td>☐あり ☐なし</td><td>ありの場合月数</td><td></td></tr><tr><td>喫煙の有無</td><td>☐あり ☐なし</td><td>喫煙歴</td><td>☐あり ☐なし</td></tr><tr><td>基礎疾患の有無</td><td colspan="3">☐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 ()</td></tr></table>				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 ()																										
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 <table><tr><td>☐咳・鼻水</td><td>() 日前から</td></tr><tr><td>☐発熱</td><td>() 日前から</td></tr><tr><td>☐全身倦怠感</td><td>() 日前から</td></tr><tr><td>☐呼吸苦</td><td>() 日前から</td></tr><tr><td>☐味覚・嗅覚異常</td><td>() 日前から</td></tr><tr><td>☐その他の症状</td><td>()</td></tr></table>		☐ 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	()	6. 現在の処方 <table><tr><td></td></tr></table> 7. 特記事項 <table><tr><td></td></tr></table>																									
☐ 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	()																																						
8.患者の症状等 <table><tr><td>重症か否か</td><td>☐重症 ☐重症でない</td><td>重症(※)と判断した日付</td><td>令和 年 月 日</td></tr><tr><td>発症年月日</td><td colspan="3">令和 年 月 日</td></tr><tr><td>検査依頼時点の症状</td><td colspan="3">☐4と5と同じ ☐それ以外の症状(具体的に記載)</td></tr><tr><td>推定感染源</td><td colspan="3"></td></tr></table>				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																							
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