**診 療 情 報 提 供 書**

（公立八女総合病院新型コロナウイルス検査センター用）

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介先医療機関名 |  |
| **公立八女総合病院** | 紹介元医療機関の所在地及び名称　　※ゴム印可 |
| 担当科先生御机下 |  |
| TEL：0943-23-4131 | TEL： |
| FAX：0943-22-6929 | FAX： |
|  |  |
| ※【患者情報】患者氏名：　　　　　　　　　様　　　歳（　　　　年　　　月　　　日生）　性別： 男・女患者住所：電話番号：来院時の車情報：車種（　　　　　　）車ナンバー（　　　　　　　）　車色（　　　　　） |
| 【病名】COVID-19（新型コロナウイルス感染症）疑い |
| ※【紹介目的】下記検査実施のお願い□ SARS-CoV-2抗原定性検査（ □ インフルエンザAg を含む）□ PCR検査 |
| 【既往歴及び家族歴】 |
| 【症状経過及び検査結果】■発症日：　　　年　　　月　　　日■主な症状：[ ] 発熱　[ ] 全身倦怠感　[ ] 味覚・嗅覚異常　[ ] 咳、痰　[ ] その他■感染の機会：[ ] 流行地への移動歴あり　[ ] コロナ患者との接触歴あり　[ ] その他 |
| 【診療経過】 |
| 【現在処方】 |
| 【備考】 |

※欄は記載必須項目

-----------以下、公立八女総合病院新型コロナウイルス検査センターにて記載----------

【検査結果】

|  |  |
| --- | --- |
| SARS-CoV-2抗原定性検査 | （　　＋　　・　　－　　） |
| インフルエンザAg | （　　＋　　・　　－　　） |
| PCR検査 | （　　＋　　・　　－　　） |

　　年　　　月　　　日

公立八女総合病院

担当医