

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

担当科先生御机下

TEL : 0943-23-4131

FAX : 0943-22-6929

紹介元医療機関の所在地及び名称 ※ゴム印可

TEL :

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