

診療情報提供書 (発熱外来・PCRセンター依頼用)

年 月 日

関西メディカル病院

発熱外来・PCRセンター

担当医 宛

医療機関の

所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

フリガナ

患者氏名: _____ 性別 男 女

生年月日: H S T M 年 月 日 (歳)

患者住所: 〒 _____

電話番号:

傷病名

新型コロナ感染疑い その他(

紹介目的 ※複数選択可

COVID-19 PCR 胸部CT 血液検査 加療 入院 その他(

既往歴

現在の症状

現在の体温 _____ °C(6時間以内の解熱剤の使用 有・無) 全身倦怠感 呼吸苦

咳嗽 味覚障害 嗅覚障害 下痢 その他(

渡航歴、外出等

- ・1ヶ月以内の海外又は国内旅行歴 なし あり 場所(
 - ・1週間以内の会食・接待を伴う飲食歴 なし あり 場所(
 - ・家族や職場・学校に新型コロナ陽性者の有無 なし あり 場所(
- ありの場合、接触の有無 なし あり 場所(

ADL 自立 車イス

症状・治療経過

現在の処方

備考及び患者に関する留意事項

1. 地域医療センターへ〒頂き、日時調整をお願いします。TEL06-6836-1195
2. 当文書と保険証情報をFAXにてお送り下さいませ。 Fax 06-6836-1196
3. 当文書はFAX後、関西メディカル病院 地域医療センター宛で郵送をお願いします。〒560-0083 豊中市新千里西町1-1-7-2

注:当センターは、帰国者・接触者外来ではございません。
 新型コロナ陽性者と濃厚接触の可能性のある方は、保健所へご相談下さい。
 当院は、新型コロナ陽性患者の入院治療はおこなっておりません。