

令和 年 月 日

令和 年 月 日

## 診療情報提供書

医師会発熱検査センター御担当医殿

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、検査をお願いしたく存じます。太線内2~7を記載しFAXさせていただきます。

## 検査結果（検査センター⇒主治医）

検査医氏名

1・9を記載

【

提出者情報	
医療機関名称	
住所	
電話番号	
FAX番号	
医師氏名	
所属医師会	城東区医師会
管轄保健所	大阪市保健所

1.検査結果等	
検査採取日	令和 年 月 日
検体の種類	<input type="checkbox"/> 鼻咽喉頭(抗原)
SARS-CoV-2検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
検査結果判明日	令和 年 月 日
インフルエンザ検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性

2.患者情報			
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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所			
電話(自宅)		電話(携帯)	

3.患者本人以外の連絡者			
ふりがな		続柄	
氏名		電話(携帯)	

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

5.症状あるものにチェック	
<input type="checkbox"/> 咳	
<input type="checkbox"/> 発熱	
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	

6. Sat	
Sat( )%測定日( )月( )日	

7. インフルエンザ検査の希望	
<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	

8.予約日	9.Sat(検査センター)
( )月( )日( )時( )分	Sat( )%