

当院へ紹介いただく施設様へ

新型コロナウイルス感染症 確認票

当院への転院にあたり、患者さまの新型コロナウイルス感染症の検査状況と体温を確認しております。
お手数ですが、以下の項目をご記入いただき FAX でお送りくださいますようお願いいたします。

【患者さま情報】

氏 名	フリガナ	性 別	男 ・ 女	生年 月 日	西暦	年	月	日生 (歳)
-----	------	-----	-------	-----------	----	---	---	------------

【新型コロナウイルス検査の有無】 該当する項目に○を付けてください

実 施 PCR・LAMP・その他 ()	実 施 抗原定性検査・抗原定量検査	未 実 施
-------------------------	----------------------	-------

『 実施 』と回答した場合は以下に実施日と結果をご記入ください

また複数回実施している場合は直近3回分ご記入ください

実 施 日	結 果	検査種別
年 月 日	陰 性 ・ 陽 性	
年 月 日	陰 性 ・ 陽 性	
年 月 日	陰 性 ・ 陽 性	

【発熱・症状の有無】 該当する項目に○を付けてください

発熱なし ・ 発熱あり (37.0℃以上)	
体温：℃ (※検温日時： 月 日 時)	
症 状	呼吸器症状 ・ 味覚 嗅覚症状 ・ その他 ()
特記事項 連絡事項	ご自由にご記入下さい

【医療機関情報】

貴院名	ご担当者様	(部署)	電話番号	- -
			FAX 番号	- -

ご記入いただきましたら FAX **042-546-2482**(医療連携担当 宛)へ送信してください