

検査依頼：医療機関 → 国分寺病院  
国分寺病院 電話番号：042-322-0123  
FAX番号：042-322-1522

## 新型コロナウイルス感染症疑い 連絡票 <診療情報提供書>

(令和2年6月8日版)

報告年月日：令和 年 月 日  
紹介元医療機関の所在地：\_\_\_\_\_  
紹介元医療機関の名称：\_\_\_\_\_  
担当医師名：\_\_\_\_\_  
電話番号/FAX番号：\_\_\_\_\_/FAX  
連絡票に関する窓口(担当者)：\_\_\_\_\_

氏名(イニシャル)		男・女	才	生年月日	T S	H R	年 月 日
居住地(区市町村)		病院記入欄 住所					
電話番号		職業			病院記入欄 氏名		
来院の移動手段	車 ・ 歩き						

傷病名	新型コロナウイルス感染症疑い
紹介目的	PCR検査
既往歴及び家族歴	

症状経過	チェック項目(該当するものに○を付けてください。)	
	感染が疑われる患者の要件に該当	
	<input type="checkbox"/>	① 健康観察期間中の濃厚接触者が、発熱 <b>または</b> 呼吸器症状(軽症含む)を有する
	<input type="checkbox"/>	② 発熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続いている
	<input type="checkbox"/>	③ 息苦しさ(呼吸困難)、強いだるさ(倦怠感)、高熱等の強い症状のいずれかがある
	<input type="checkbox"/>	④ 味覚異常、嗅覚異常がある
	<input type="checkbox"/>	⑤ その他(新型コロナウイルス感染症を強く疑う)
検査結果		
治療経過	<input type="checkbox"/>	⑥ <b>必須事項</b> 入院を要する病状ではない (入院を要する病状の場合は、病診連携で入院先の確保をお願いします)
	<input type="checkbox"/>	⑦ <b>糖尿病・心不全・免疫抑制・呼吸器疾患で療養中の方、高齢者、妊婦等ハイリスクがある</b> (ハイリスクの場合は直接当院までご連絡ください。)
その他	①を選択された場合ご記入ください	
	濃厚接触者	同居家族 ・ 職場同僚 ・ その他( )
現在の処方		

結果伝達：国分寺病院 → 医療機関  
情報提供：国分寺病院 → 保健所

検査実施日時(下記日程でお越しください)	
日時	年 月 日 時 分
注意事項	

検査結果( 月 日)	
採取日	年 月 日
結果	陰性 ・ 陽性