Ver.4.2

地域外来・検査センター受付行き　FAX 088-676-4569

地域外来・検査センター診療録・問診票

診療情報提供書

地域外来・検査センター　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、ＰＣＲ検査をお願いいたします。

※かかりつけ医は太枠で囲まれた項目を記載

保健所報告書

外来名：地域外来・検査センター（徳島）

※地域外来･検査センターでは太枠以外の項目を記載

傷病名：新型コロナウイルス感染症疑い	保険証記号番号：	職　業：
受付番号：	患者携帯電話番号：	車両番号：
ふりがな 患者氏名：	患者住所：	

※紹介医療機関は以下の太枠線内の記入をお願いいたします。

生年月日：大正・昭和・平成・令和　年　月　日　歳	性　別：☐ 男　☐ 女
紹介医療機関受診日：令和４年　月　日	紹介医療機関名：

※発症後7日以内（症状発症日を第1日とする）ですか？（はい ・ いいえ）　☐ 鼻出血しやすい

※６５歳以上の方ですか？（はい ・ いいえ）

※入院を要する方ですか？（はい ・ いいえ）

※重症化リスクがあり、新型コロナウイルス治療薬の投与または新たに酸素投与が必要な方ですか？（はい ・ いいえ）

※妊婦の方ですか？（はい ・ いいえ）

症状のあるものにチェック	☐ 発熱	☐ 37.0℃未満　☐ 37.0℃台　☐ 38.0℃以上 月　日から　又は　（　）日前から
	☐ 息苦しさ・息切れ	月　日から　又は　（　）日前から
	☐ 咳	月　日から　又は　（　）日前から
	☐ 全身倦怠感・筋肉痛	月　日から　又は　（　）日前から
	☐ 味覚異常・嗅覚異常	月　日から　又は　（　）日前から
	☐ 鼻水・鼻閉	月　日から　又は　（　）日前から
	☐ 咽頭痛	月　日から　又は　（　）日前から
	☐ 嘔気・嘔吐	月　日から　又は　（　）日前から
	☐ 下痢	月　日から　又は　（　）日前から
	☐ 腹部違和感・腹痛	月　日から　又は　（　）日前から
	☐ 頭痛	月　日から　又は　（　）日前から
	☐ 胸痛	月　日から　又は　（　）日前から
	☐ その他（　）	月　日から　又は　（　）日前から
該当にチェック	☐ 基礎疾患あり	☐糖尿病　☐高血圧　☐脂質異常症　☐脳血管疾患　☐認知症 ☐心不全　☐呼吸器疾患（ＣＯＰＤ等）　☐免疫抑制剤の使用 ☐抗がん剤の使用　☐透析治療中　☐その他（　）
	☐ 受診歴あり	医療機関名（紹介医療機関以外）：
行動歴・接触歴あるものにチェック	☐ 行動歴・接触歴 ※その他所見・特記事項	☐ 家族内（同居人）に発熱、感冒症状の人あり ☐ 発症前2週間以内に、感染者との接触あり ☐ 発症前2週間以内に県外への出張・旅行等あり（　）都道府県 ☐ 発症前2週間以内に公共交通機関の利用あり （バス・列車・タクシー・船舶・飛行機・その他　） ☐ 発症前2週間以内に、公共機関の利用あり （県庁・市役所・役場・病院・学校・その他（　） ☐ 発症前2週間以内に、その他の施設利用あり ☐ライブやコンサートなどの会合・集会・ｽﾎﾟｰﾂｼﾞﾑの利用（　） ☐デパート・コンビニエンスストア・その他の店舗（　） ☐レストラン・食堂・居酒屋・ホテル・旅館など（　）

携帯電話番号・車両番号・発症日も記載をお願いいたします。

※以下は地域外来・検査センターの記載となりますので、紹介医療機関は記入しないで下さい。

診療年月日：令和４年　月　日	検体採取日：令和４年　月　日
検査結果：　☐ 陽性　☐ 陰性	検体採取医師名：
処方及び処置	
所見等特記事項があれば記載	