

診療情報提供書(PCRスポット・発熱外来用)

〒257-0017

令和 年 月 日

神奈川県秦野市立野台一丁目1番地

紹介元医療機関の名称

秦野赤十字病院 宛

所在地

PCRスポット・発熱外来担当

TEL:0463-81-0719

FAX:0463-84-1484

医師名

TEL:

FAX:

傷病名

紹介目的

新型コロナウイルス感染の疑いあり、PCR検査等を依頼します。

1. 患者情報

フリガナ		生年月日・年齢	(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日生 () 歳
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所			
職業			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
同居家族	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊娠者 <input type="checkbox"/> 医療従事者等) <input type="checkbox"/> なし		
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 施設の車 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 救急車(※発熱外来の場合)		

2. 医師による確認事項

海外渡航の有無	<input type="checkbox"/> あり(国名) <input type="checkbox"/> なし		
新型コロナウイルス陽性者又は疑い者との接触	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> あり(歴 年) <input type="checkbox"/> なし		
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり(妊娠 ヶ月) <input type="checkbox"/> なし		
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"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 認知症 <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()		

3. 現在の処方

4. 症状あるものにチェック・記入

<input type="checkbox"/> 発熱	(月 日 時頃から) 最高()°C 解熱剤使用(あり・なし)
<input type="checkbox"/> 呼吸器症状	(月 日頃から) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 倦怠感
<input type="checkbox"/> 消化器症状	(月 日頃から) <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘
<input type="checkbox"/> 神経症状	(月 日頃から) <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 痙攣
<input type="checkbox"/> その他の症状	()
<input type="checkbox"/> アレルギー	()

5. 検査所見

肺炎像	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他	
バイタル (月 日) (:)	体温: °C SPO ₂ : % BP: / P:

6. 特記事項(経過記録等)