

診療情報提供書 (PCRスポット・発熱外来用)

PCRスポット or 発熱外来
依頼される方を○で囲って
ください。

〒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)	

予約と診察時に患者さんとの
連絡手段となります。必ず
ご記入をお願いします。

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"/> 施設の手 <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()℃ 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			

直近のバイタル測定の日時
をご記入ください

バイタル	月 日 (:)	体温: °C	SPO ₂ : %	BP: /	P:
------	-----------	--------	----------------------	-------	----

6. 特記事項 (経過記録 等)			

経過の記録をお願いします