

(別添2)

令和 年 月 日

令和 年 月 日

診療情報提供書

保健所報告書

地域外来・検査センター 御担当医殿

地域外来・検査センター名【 】

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、PCR検査をお願いしたく存じます。2～7を記載

1・8を記載

医師氏名【 】

提出者情報	
医療機関名称	
住所	
電話番号	
ファックス番号	
医師氏名	
所属医師会	長岡市・見附市南蒲原郡・小千谷市魚沼市
管轄保健所	長岡保健所

1.検査結果等	
検査採取日	令和 年 月 日
検体の種類	<input type="checkbox"/> 咽頭(PCR) <input checked="" type="checkbox"/> 鼻咽頭(PCR) <input type="checkbox"/> 鼻咽頭(抗原)
検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
検査結果判明日	令和 年 月 日
新型コロナ以外の検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
実施した検査と結果	

2.患者情報			
ふりがな		生年月日・年齢	(明治、大正、昭和、平成、令和) 年 月 日 歳
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
職業		(勤務先・学校等)	
住所			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
メールアドレス			
現時点の居所			
医療保険情報(被保険者番号・記号・番号・枝番)			
同居家族	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患者 <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		

3.患者本人以外の連絡者			
ふりがな		続柄	
氏名			
住所			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
メールアドレス			

4. 医師による確認事項			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ありの場合月数	
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり <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"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <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 ()		

5. 症状あるものにチェック		6. 現在の処方	
<input type="checkbox"/> 咳・鼻水	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 発熱	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常	() 日前から		
<input type="checkbox"/> その他の症状	()		
7. 特記事項			

8. 患者の症状等			
重症か否か	<input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 重症でない	重症(※)と判断した日付	令和 年 月 日
発症年月日	令和 年 月 日		
検査依頼時点の症状	<input type="checkbox"/> 4と5と同じ <input type="checkbox"/> それ以外の症状(具体的に記載)		
推定感染源			

※黄色の欄は外来・検査センター側で記載 ピンク・赤の欄は紹介元医療機関で記載

※重症とは、ICU入室又は人工呼吸器の使用