

新型コロナウイルス検査依頼書

FAX送信先：0866-63-2840（地域医療連携室）

医療機関名		性別	生年月日
フリガナ		男・女	明・大・昭・平・令
氏名			年 月 日（才）
住所	県 市 町 番地	職業	
		電話番号	自宅：（ ） - 携帯：（ ） -

医療保険情報	
保険者番号	
記号・番号	
有効期限	～
被保険者氏名	
被保険者との続柄	
事業所名	

公費負担医療受給者証	
負担者番号	
受給者番号	
有効期間	～

インフルエンザ検査	
希望する	希望しない

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		
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
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（ ）	
症状 あてはまるものに チェック	<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"/> その他の症状（ ）	<input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常	
現在の処方			
2週間以内の 行動歴			

※FAX送信後 病院に連絡をお願いいたします。 井原市立井原市民病院 TEL：0866-62-1134（8201）