

地域外来・検査センター診療録・問診票

診療情報提供書

保健所報告書

地域外来・検査センター 担当医殿

外来名：地域外来・検査センター（徳島）

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

※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： | |
| 受付番号： | 患者携帯 電話番号： | 車両番号： | |
| ふりがな | 患者住所： | | |
| 患者氏名： | | | |
| 生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳） | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 職業： | |
| 紹介医療機関受診日：令和2年 月 日 | 紹介医療機関名： | | |
| 検体の種類についてどちらかを選択してください：（ ）唾液（発症概ね7日以内） （ ）鼻咽頭拭い液 ※症状発症日を第1日とする | | | |
| 診療年月日：令和2年 月 日 | 検体採取日：令和2年 月 日 | | |
| 検査結果： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 | 検体採取医師名： | | |
| 症状のあるものにチェック | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 37.0℃未満 <input type="checkbox"/> 37.0℃台 <input type="checkbox"/> 38.0℃以上 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> 息苦しさ・息切れ | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> 咳 | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> 全身倦怠感・筋肉痛 | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻閉 | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> 咽頭痛 | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> 下痢 | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> 腹部違和感・腹痛 | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> 頭痛 | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> 胸痛 | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> 味覚異常・嗅覚異常 | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | <input type="checkbox"/> その他（ ） | 月 日から 又は（ ）日前から | |
| | 該当にチェック | <input type="checkbox"/> 基礎疾患あり | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <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（ ） |
| <input type="checkbox"/> 鼻出血しやすい | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 行動歴・接触歴 | <input type="checkbox"/> 家族内（同居人）に発熱、感冒症状の人あり | |
| | | <input type="checkbox"/> 発症前2週間以内に、感染者との接触あり | |
| | | <input type="checkbox"/> 発症前2週間以内に県外への出張・旅行等あり（ ）都道府県 | |
| | | <input type="checkbox"/> 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（ ）） | |
| | | <input type="checkbox"/> 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（ ）） | |
| | | <input type="checkbox"/> 発症前2週間以内に、その他の施設利用あり <input type="checkbox"/> ライブやコンサートなどの会合・集会・スポーツ観戦の利用（ ） <input type="checkbox"/> デパート・コンビニエンスストア・その他の店舗（ ） <input type="checkbox"/> レストラン・食堂・居酒屋・ホテル・旅館など（ ） | |
| 処方及び処置 | | | |
| 所見等特記事項があれば記載 | | | |

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

Table with patient information: 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。

Table with birth date and sex: 生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳), 性別: 男 女

Table with referral date and facility name: 紹介医療機関受診日: 令和2年 月, 紹介医療機関名:

※発症後7日以内(症状発症日を含む)ですか? (はい・いいえ) 鼻出血しやすい

発熱 満 37.0℃台 38.0℃以上

網掛け部分は医療機関で記入はしないで下さい

Table with symptoms: 網掛け部分は医療機関で記入はしないで下さい, 全身倦怠感・筋肉痛, 味覚異常・嗅覚異常, 鼻水・鼻閉, 咽頭痛, 嘔気・嘔吐, 下痢, 腹部違和感・腹痛, 頭痛, 胸痛, その他.

Table with medical history: 該当にチェック, 基礎疾患あり, 受診歴あり, 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.

行動歴・接触歴あるものにチェック

Table with travel and contact history: 行動歴・接触歴, 網掛け部分は医療機関で記入はしないで下さい, 行動歴・接触歴, その他所見・特記事項, 発症前2週間以内に、公共機関の利用あり, 発症前2週間以内に、その他の施設利用あり.

※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。

Table with treatment date and specimen collection date: 診療年月日: 令和2年 月 日, 検体採取日: 令和2年 月 日

Table with test results and specimen collector: 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