

住所 〒833-0041
福岡県筑後市和泉917-1
電話 0942-53-7511
FAX 0942-42-1856
医師名 発熱外来担当医師

※紹介元医療機関の所在地および名称 ゴム印可

医療機関名
住所
医師名
電話番号

診療情報提供書

(発熱患者検査依頼書)

患者氏名 _____ 様
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 性別 _____
患者住所 _____
傷病名
紹介目的
主な症状 (症状経過) <input type="checkbox"/> 発熱 _____ °C (_____ 月 _____ 日 ~) <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
既往歴および家族歴
治療経過および現在の処方
備考
以上により、以下の検査を依頼します。 検査依頼 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス抗原定性検査 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスPCR検査 (委託) その他 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> インフルエンザ