

# 鎌倉 PCR センター検査・外来申込書

(診療情報提供書)： 月 日 時 分

本人の携帯電話番号： \_\_\_\_\_

自宅・他連絡先： \_\_\_\_\_

車種/色/ナンバー： \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ 又は 徒歩

番号： \_\_\_\_\_

鎌倉 PCR センター連絡先

Mail: [kcma1245@gmail.com](mailto:kcma1245@gmail.com)

電話: 0467-22-0962

Fax: 0467-22-1860

## 健康保険証

\*大きければ別途、写真を撮りメールまたは  
コピーを取り FAX 送信

## 運転免許証または 写真付き ID カード

\*大きければ別途、写真を撮りメールまたは  
コピーを取り FAX 送信

症状・経過 (該当するものに○をする)

初発日 ( ) ・ 1 週間前 ・ 4 日前 ・ 一昨日 ・ 昨日 ・ 本日 ( )

発熱

咳 (出つづける)

におい ・ 味の強い異常

- ・ 咳以外の急性呼吸器症状 ・ 肺炎像 ・ 重篤な肺炎 ・ 多臓器不全 ・ 頭痛
- ・ 急性呼吸症候群 (息切れ・呼吸困難・チアノーゼ) ・ 結膜炎 ・ その他 ( )
- ・ むせるような咳 ・ ノドの痛み ・ 鼻汁 ・ 痰 (透明・白・黄・緑) ・ 喘息
- ・ 嘔気/嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 全身倦怠感 ・ 強い脱力感 ・ 意識障害
- ・ しもやけ様皮診 ・ 発疹

感染者との接触 ( ) 流行地への旅行など ( )

安静時 SpO2 \_\_\_\_\_ % 心拍数 \_\_\_\_\_ /分 呼吸数 \_\_\_\_\_ /分

薬剤アレルギー： なし ・ あり(具体的に) \_\_\_\_\_

既往歴・治療中の疾患や服薬状況：

その他

紹介医療機関・医師 (横判)

初診年月日 (予約を入れた日)	令和2年	月	日
診断年月日 (検査日)	令和2年	月	日
感染したと推定される日	令和2年	月	日
発病日	令和2年	月	日

発生届に必要なとなりますので**太字**の部分は必ず記載をお願いします。