

鎌倉 PCR センター検査・外来申込書 (2020.9.18 改訂)

番号:

(診療情報提供書)

予約日時: 月 日 時 分

フリガナ

↓必ずご記入下さい

患者氏名: _____

職業: _____

鎌倉 PCR センター連絡先

Mail: kcma1245@gmail.com

患者住所: 〒 _____

電話: 0467-22-0962

患者の携帯電話番号: _____

Fax: 0467-22-1860

自宅・他連絡先: _____

車種/色/ナンバー: _____ / _____ / _____

徒歩 その他()

*交通手段の変更の際は必ずご連絡ください

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

*保険証は鮮明なものを添付してください

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

◎経過

初発日(令和 年 月 日)

COCOA 接触日(月 日)

◎症状(該当するものに○をお願いします)

発熱(_____ °C / 月 日) ・ 咳 ・ 咳以外の急性呼吸器症状 ・ 肺炎像 ・ 重篤な肺炎

多臓器不全 ・ 全身倦怠感 ・ 頭痛 ・ 嘔気/嘔吐 ・ 下痢 ・ 結膜炎 ・ 嗅覚/味覚障害

その他の症状()

◎感染者との接触 無 有 ()

◎流行地への旅行など(_____ / 月 日頃)

◎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) _____

◎基礎疾患等

呼吸器疾患 ・ 高血圧 ・ 脳血管疾患 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 認知症 ・ 透析治療中

免疫抑制剤 ・ 抗がん剤 ・ その他の基礎疾患()

◎その他の服薬中の薬剤 _____

◎その他特記事項 _____

初診年月日(予約を入れた日) 令和 年 月 日

診断年月日(検査日) 令和 年 月 日

感染したと推定される日 令和 年 月 日

紹介医療機関・医師(横判)

*発生届に必要なとなりますので、わかる範囲で全て記入をお願いします。