**新型コロナウイルス抗原検査センター依頼票**

|  |  |
| --- | --- |
| ■患者情報  **\***（ふりがな） | **\*紹介元医療機関の所在地及び名称**※ゴム印可 |
| **\***患者氏名： |  |
| **\***性別　　：　男・女 |  |
| **\***生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日生 |  |
| 患者住所 ： |  |
|  |  |
| **\***は必須記入項目 |  |
|  | FAX送信先：公立八女総合病院　医療連携室 |
|  | **0943－22－6929** |

■発症日：　　　　　年　　　月　　　日

■主な症状：発熱　全身倦怠感　味覚・嗅覚異常　咳、痰　その他

■感染の機会：流行地への移動歴あり　コロナ患者との接触歴あり　その他

■来院時の車情報　車種（　　　　　）　車ナンバー（　　　　　）　車色（　　　　）

■その他特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

-------------------------以下当院抗原検査センター記載-----------------------------------------

**【抗原定性検査結果】**

**陰性**

**陽性**

公立八女総合病院

担当医：

※この「依頼票」に加えて紹介元医療機関の「診療情報提供書」の準備をお願いします。