**診 療 情 報 提 供 書**

（公立八女総合病院新型コロナウイルス抗原検査センター用）

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹介先医療機関名 |  | |
| **公立八女総合病院** | 紹介元医療機関の所在地及び名称　　※ゴム印可 | |
| 担当科先生御机下 |  | |
| TEL：0943-23-4131 |  | |
| FAX：0943-22-6929 |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| 患者氏名：　　　　　　　　　様　　　歳（　　　年　　月　　日生）　性別： 男・女  患者住所： | |
| 【病名】  COVID-19（新型コロナウイルス感染症）疑い | |
| 【紹介目的】  SARS-CoV-2抗原定性検査実施のお願い | |
| 【既往歴及び家族歴】 | |
| 【症状経過及び検査結果】  ■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 | |
| 【診療経過】 | |
| 【現在処方】 | |
| 【来院時の車情報】  車種（　　　　　　　）　車ナンバー（　　　　　　　）　車色（　　　　　　） | |
| 【備考】 | |

-----------以下、公立八女総合病院新型コロナウイルス抗原検査センターにて記載----------

【抗原定性検査結果】

陰性 陽性

公立八女総合病院

担当医