

ID		令和2年	月	日
----	--	------	---	---

令和 年 月 日

様式② 診療情報提供書

保健所報告書

京都市急病診療所 御担当医殿
下記新型コロナウイルス感染疑いの所見あり、
PCR検査をお願い致したく存じます。

京都市急病診療所
医師氏名 濱島 高志

※太枠内の1～3のみご記入下さい

※急病診で記入します

1. 提出者情報 ※ゴム印可能		検査結果等	
医療機関名称		検体採取日	
住所		検体採取場所	
電話番号		検体の種類	<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭
FAX番号		検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
医師氏名		検査結果判明日	
地区医師会		新型コロナ以外の検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
管轄保健所		→実施した検査の結果	
2. 患者情報			
自院カルテNo.			
現時点の居所	1. 自宅 2. その他 ()		
職業			
医療保険情報	記号・番号・枝番		
	保険者番号		
同居家族	<input type="checkbox"/> あり (高齢者・基礎疾患患者・免疫抑制状態者・妊婦・医療従事者) <input type="checkbox"/> なし		
3. 備考欄			

※センター使用欄につき、ご記入頂く必要はございません。

本人	氏名		ふりがな		
	会場		検査日	時間	
	電話番号(自宅)		電話番号(携帯)		
	住所(郵送時)	〒			
	生年月日(和暦)		勤務先		
本人以外	氏名		ふりがな		
	続柄		年齢・性別	歳 男・女	
	電話番号(自宅)		電話番号(携帯)		
車	来場方法の確認	<input type="checkbox"/> 自家用車	車種	色	ナンバー

FAX送信先 075-354-6992 ◆誤送信にご注意下さい◆