

令和 年 月 日

山梨県立中央病院
〒400-8506
甲府市富士見1-1-1
[TEL:055-253-7111](tel:055-253-7111)
FAX:055-253-7166

名称
〒
住所
医師名
TEL
FAX

印

発熱外来 御中
担当医先生 御侍史

診療情報提供書

患者	フリガナ	男・女	当院受診歴	1. 有 2. 無
	氏名	生年月日		大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
	住所	〒		
	電話番号			
診断名	新型コロナウイルス感染症の疑い	紹介目的	新型コロナウイルス検査目的	
	いつごろからの発症ですか？（ 月 日頃）			
症状	下記当てはまるものに○をつけてください。			
	・発熱	: (あり・なし)	・呼吸困難感	: (あり・なし)
	・咽頭痛	: (あり・なし)	・倦怠感	: (あり・なし)
	・鼻汁	: (あり・なし)	・味覚・嗅覚異常	: (あり・なし)
	・咳嗽	: (あり・なし)	・嘔気嘔吐	: (あり・なし)
	・痰	: (あり・なし)	・下痢	: (あり・なし)
病歴	◎新型コロナウイルス感染患者との接触歴		: (あり・なし)	
	◎インフルエンザウイルス感染患者との接触歴		: (あり・なし)	
	◎2週間以内の	・海外渡航歴	: (あり・なし)	
		・県外への移動歴	: (あり・なし)	
		・イベントの参加	: (あり・なし)	
診療内容と依頼事項				