

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	<p>下記当てはまるものに○をつけてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 発熱 : (あり・なし) 咽頭痛 : (あり・なし) 鼻汁 : (あり・なし) 咳嗽 : (あり・なし) 痰 : (あり・なし) 呼吸困難感 : (あり・なし) 倦怠感 : (あり・なし) 味覚・嗅覚異常 : (あり・なし) 嘔気嘔吐 : (あり・なし) 下痢 : (あり・なし) 			
病歴	<ul style="list-style-type: none"> ◎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 <ul style="list-style-type: none"> 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				