

提出者情報		1.検査結果等	
医療機関名称		検査採取日	令和 年 月 日
住所		検体の種類	☐ 咽頭 ☐ 鼻腔
電話番号		検査結果	☐ 陽性 ☐ 陰性
ファックス番号		検査結果判明日	令和 年 月 日
医師氏名		新型コロナ以外の検査	☐ あり ☐ なし
所属医師会		└実施した検査と結果	
管轄保健所			

2.患者情報			
ふりがな		生年月日・年齢	(明治、大正、昭和、平成、令和) 年 月 日 歳
氏名		性別	☐ 男 ☐ 女
職業		(勤務先・学校等)	
住所			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
メールアドレス			
現時点の居所			
医療保険情報(被保険者番号・記号・番号・枝番)			
同居家族	☐ あり(☐ 高齢者 ☐ 基礎疾患者 ☐ 免疫抑制状態者 ☐ 妊娠者 ☐ 医療従事者等) ☐ なし		

3.患者本人以外の連絡者			
ふりがな		続柄	
氏名			
住所			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
メールアドレス			

4. 医師による確認事項			
妊娠の有無	☐ あり ☐ なし	ありの場合月数	
喫煙の有無	☐ あり ☐ なし	喫煙歴	☐ あり ☐ なし
基礎疾患の有無	☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症(高コレステロール血症) ☐ 脳血管疾患 ☐ 認知症 ☐ 心不全 ☐ 呼吸器疾患(COPD等) ☐ 免疫抑制剤の使用 ☐ 抗がん剤の使用 ☐ 透析治療中 ☐ その他 ()		

5.症状あるものにチェック		6. 現在の処方	
☐ 咳・鼻水 () 日前から		7. 特記事項	
☐ 発熱 () 日前から			
☐ 全身倦怠感 () 日前から			
☐ 呼吸苦 () 日前から			
☐ 味覚・嗅覚異常 () 日前から			
☐ その他の症状 ()			

8.患者の症状等			
重症か否か	☐ 重症 ☐ 重症でない	重症(※)と判断した日付	令和 年 月 日
発症年月日	令和 年 月 日		
検査依頼時点の症状 ☐ 4と5と同じ ☐ それ以外の症状(具体的に記載)			
推定感染源			

※黄色の欄は外来・検査センター側で記載 ピンク・赤の欄は紹介元医療機関で記載

※重症とは、ICU入室又は人工呼吸器の使用