

注：胸部 X 線で肺炎等の所見がある場合や酸素飽和度 95%未満等の中等症以上の患者様は、必ず保健所相談センターを通じて新型コロナ外来へ紹介してください。

北区PCR検査センター受診申込書 兼 診療情報提供書	報告書
令和 年 月 日	
PCR 検査センター御担当医 御中	医師名
当該患者は、以下の診断の目安に該当し、PCR 検査センターでの検査が必要なため、診療情報を添えて申し込みます。	検体採取日
Check 1 酸素飽和度 ( ) %	令和 年 月 日
Check 2 <input type="checkbox"/> 強い症状がある。(症状に「✓」)	検体の種類
<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 高熱 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔
Check 3 <input type="checkbox"/> 重症化しやすい方(※)で、発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状がある	検査結果
Check 4 <input type="checkbox"/> 発熱や咳など比較的軽い風邪の症状が4日以上続いている	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
Check 5 <input type="checkbox"/> 妊娠している ( 週)	検査結果判明日
医療機関名	令和 年 月 日
医療機関住所	
電話番号・FAX 番号 (必須)	
主治医	

## 0.患者情報

ふりがな  
氏名： 男性 女性 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日( 歳)

住所： 連絡先電話番号：

### 1. 発症からの経過

1) 症状 (該当する症状に「✓」チェックしてください) 症状はいつから ( 月 日から) 日間

■発熱 最高体温： °C

■解熱剤の内服 ある ない 薬名： 日から 日間

咽頭痛 咳嗽 痰が絡む 呼吸苦 全身倦怠感 関節痛 下痢 悪心 嘔吐

味覚嗅覚障害 結膜充血 その他

2) 海外渡航歴 あり(場所： 帰国日： ) なし

3) 新型コロナウイルスに感染した方との濃厚接触機会は あり なし

感染者と同室、車内や飛行機内等で、2m以内での長時間の会話 マスクや手袋などの个人防护具なしで感染者の看護・介護をしていた 感染が疑わせる人の気導分泌物、体液等に直接接触した

### 2. 受診時の身体所見と検査結果

身体所見：

受診時体温： °C 心拍数： 酸素飽和度： % (必須)

胸部 X-P・CT 検査 (異常所見： )

血液検査施行 あり(検査結果： ) なし

3. (※) 現在治療中の病気 あり なし 喫煙 あり(喫煙歴： 本/日 年) なし

糖尿病 高血圧 脂質異常症 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 具体的に ( )

4. 同居の家族 あり なし

高齢者 基礎疾患者 免疫抑制状態者 乳幼児 妊婦者 医療従事者 その他 ( )

5. 現在の処方

20200518 版