

**広島市南区の診療・検査医療機関（新型コロナウイルス感染症）への  
簡易検査依頼 FAX シート**

依頼年月日 令和 年 月 日

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関：<br><br><div style="text-align: center; margin-top: 20px;">             先生御侍史<br/><br/>             【紹介元情報は印鑑で代用可】<br/>             医療機関名<br/>             住所<br/>             電話：<br/>             FAX：<br/>             医師名 _____ 印         </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 患者                                                                                                                                                                                                                                                        | 氏名（イニシャルを記入） _____ 様      性別（男・女）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | 生年月日    明・大・昭・平・令      年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | TEL _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 主な疾患名                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 主な既往歴                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 禁止（副作用があった）薬                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 症状<br>（当てはまるものにチェック）                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 発熱（現在      ℃：      月      日から）<br><input type="checkbox"/> 咳（      月      日から） <input type="checkbox"/> 痰（      月      日から）<br><input type="checkbox"/> 鼻水（      月      日から） <input type="checkbox"/> 咽頭痛（      月      日から）<br><input type="checkbox"/> 嗅覚異常（      月      日から） <input type="checkbox"/> 味覚異常（      月      日から）<br><input type="checkbox"/> 頭痛（      月      日から） <input type="checkbox"/> 筋肉痛（      月      日から）<br><input type="checkbox"/> その他（      ） |
| ワクチン接種歴<br>（該当にチェック）                                                                                                                                                                                                                                      | 新型コロナウイルスワクチン接種歴<br><input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 済み（接種回数： <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 使用薬剤<br>（お薬手帳コピー貼付可）                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| その他・伝達事項                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>検査結果</b><br>（紹介先記入返信）                                                                                                                                                                                                                                  | 唾液 COVID-19 PCR（陽性・陰性）      令和 年 月 日返信<br>（鼻前庭・鼻咽頭）COVID-19 抗原（陽性・陰性）<br>（鼻前庭・鼻咽頭）インフルエンザ抗原（陽性 [A型・B型]・陰性）<br>その他検査（      ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

注意事項；この FAX シートは簡易シートなので、診療情報提供料は算定できません。

あらかじめ電話で診療・検査医療機関に依頼した上で FAX シートを送って下さい。

広島市南区医師会作成 ver2