

宛先 社会医療法人共愛会 戸畑共立病院 FAX:0120-008-915

フリーダイヤル 0120-008-914 TEL:093-871-5468

## 発熱等専用紹介依頼書兼診療情報提供書

年 月 日

紹介者	貴医療機関名	診療科
	住所	貴医師名 <span style="float:right">印</span>
	電話	

患者情報	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日 歳
診療情報	現住所	電話( ) -		
	発熱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )日前か	※現在( )°C 解熱剤服用 あり・なし	
診療情報	咳・鼻水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )日前から		
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )日前から		
	頭痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )日前から		
	関節痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )日前から		
	味覚・嗅覚異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )日前から		
	下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )日前から		
	嘔気、嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )日前から		
	呼吸苦	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )日前から		
	妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	喫煙の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	過去1ヶ月以内に			
	同居家族や職場での濃厚接触者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( )日前から		
	過去1ヶ月以内に			
海外への渡航歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
2週間以内に				
国内流行地域への往来	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
主訴及び傷病名				
既往歴				
症状経過及び治療経過、検査結果等				
現在の処方				