

## 診療および検査等の紹介に際しての確認事項

患者氏名：			
紹介元医療機関名：			
紹介元医療機関受診日（下記情報記載日）：                      月                      日			
症 状	1週間以内に37.5℃以上の発熱がありましたか		
		なし	
		あり ⇨	いつ頃どれくらいの発熱でしたか？
	1週間以内に感冒症状・呼吸器症状がありましたか		
		なし	
	あり ⇨	いつ頃どのような症状でしたか？	
接 触 歴	1週間以内に新型コロナウイルス感染症の方と接触がありましたか		
		なし	
		あり ⇨	新型コロナウイルス感染症の方は？
		同居家族	同居家族以外
		マスク着用は？	
	していた	していなかった	

※ 診療情報提供書とともに送信してください。

独立行政法人国立病院機  
とくしま医療センター東病院  
FAX：088-672-4266  
令和6年4月1日改定