

新型コロナウイルス関連 問診

令和 年 月 日

送付元病院名 ()

新型コロナウイルス関連の確認のため、FAX 返信のご協力を、よろしくお願い致します。

- ・直近での PCR 等検査結果があれば、診療情報提供書と併せて FAX お願い致します。
 - ・転院受入れの際は、転院前に PCR 検査実施のご協力を仰ぐことがございます。
- お手数おかけすることがございますが、予め、了承ください。

氏名			年齢		
体温	℃ (最高 °C)		いつから (経過) :		
測定時間	時 分				
SPO2					
せき	無	有			
のどの痛み	無	有			
頭痛	無	有			
筋肉痛	無	有			
倦怠感 (だるさ)	無	有			
味覚障害	無	有			
嗅覚障害	無	有			
家族・職場・学校 上記類似した症状	無	有	家族	職場	学校
コロナ陽性者との 濃厚接触	無	有	コロナ陽性者との関係性 (例: 父親)		
			1人暮らし	家族	人暮らし
保健所に相談した	無	有	いつ:	結果:	
PCR 等 コロナ関連検査	無	有	令和 年 月 日 検査名: (陰性・陽性)		
付き添い者上記症状	無	有	特記事項:		
受診・転院 当日上記症状 (※当院で記載)	無	有	特記事項: 院内発熱チェック通過/ 体温: °C		

兵庫県立西宮病院 地域医療連携センター

西宮市六湛寺町 1 3-9 / TEL:0798-34-5151 / FAX:0798-34-4436