

(新型コロナウイルス感染症) PCR検査・抗原検査実施報告書

別記第1号様式

下記太枠内にご記入をお願いします

和歌山ろうさい病院

診 断 日 時	R 年 月 日 午前・午後 時頃		
入 院 ・ 外 来 どちらかに○をしてください	経緯を分かる範囲でご記入願います 現在の症状：経緯（いつから、どんな症状が、どの程度か）等を分かる範囲でご記入願います。 SpO2 _____ % 発熱：いつ( )から 最高体温( )℃ 受診時の体温( )℃ 咳：いつ( )から どんな( )咳がある 痰：ある・なし 倦怠感：いつ( )から その他：( )		
	基 礎 疾 患	コロナ患者との接触歴	あり( )・なし
ふ り が な 氏 名			
生 年 月 日	( 歳)	性別	男・女
住 所	帰国者・帰省者・転勤者		
連 絡 先	どこから( )		
所 属	旅行者・就労者・学校関係者・医療従事者・介護関係者・その他( ) ※所属施設の名称( )		
胸部レントゲン検査	実施(肺炎： ) ・ 未実施		
CT 検 査	実施(肺炎： ) ・ 未実施		
重 症 度	重症化のおそれ あり ・ なし (理由： )		

医療機関名

医 師 名

連 絡 先 (TEL)

(FAX)

(休診・時間外の場合) TEL

和歌山市PCR検査センター 予約連絡先 TEL：451-3181 (代) FAX：451-6226

PCR検査センター予約日時： 月 日 ( ) 時 分
----------------------------

P C R 検 査	採取日時	年 月 日 時		
	検体種類	鼻咽頭拭い液		
	実施機関	<input type="checkbox"/> 市衛生研究所 <input type="checkbox"/> 民間検査所 <input checked="" type="checkbox"/> 院内検査	R2年 月 日 時	発送予定 三重梱包
			検査結果	陽性・陰性・判定保留
			検査会社名	

医 療 機 関 名 和歌山ろうさい病院

医 師 名

連 絡 先 ( TEL ) 451-3181

和歌山市保健所

TEL：488-5109 FAX：433-2313

(陽性時の時間外緊急連絡先) 080-8342-0109