診 療 情 報 提 供 書(抗原検査予約申込書)

令和　　年　　月　　日

春江病院
総合支援室 宛
FAX 0776－51－0602

紹介医療機関の	
所 在 地	
名　　称	
医師氏名	印
TEL／FAX	

ﾌﾘｶﾞﾅ		保険種別	
氏名	男 ・ 女		
生年月日 M T S H	年　月　日　歳	保険者番号	
住所		記号・番号	
電話番号	自宅: (　　) －	公費番号	
	携帯:	受給者番号	

今までに春江病院を受診したことが □ あり □ なし □ 不明

検査希望日	年　月　日 (　　)

車種　　車番　　色

診療情報提供書

症状・経過・処方等

1. 症状について

・発熱	□ なし	□ あり (　℃)	いつから (　　)
・咳嗽	□ なし	□ あり	いつから (　　)
・呼吸困難感	□ なし	□ あり	いつから (　　)
・嗅覚障害	□ なし	□ あり	いつから (　　)
・味覚障害	□ なし	□ あり	いつから (　　)

2. 行動歴について

・2週間以内の県外・海外への往来	□ なし	□ あり	いつ・どこへ (　　)
・2週間以内の県外・海外への往来者との濃厚接触	□ なし	□ あり	いつ・どこへ行った方と (　　)

3. その他(特記事項)　＊処方があれば記載をお願いいたします

持参資料　有 ・ 無　資料名

＊ 検体採取はドライブスルー方式のため、可能な限り携帯電話の番号を記載してください。
＊ 必ず自家用車にてご来院ください。 車中での待機をお願いしています。
＊ 検査のご予約は前日の15:00まで 15:00以降は翌々日予約となります。

春江病院　総合支援室
〒910－0304 福井県坂井市春江町針原65－7
TEL 0776－51－1029(直) 月～水・金 9:00～17:30
FAX 0776－51－0602(直)　木・土　9:00～12:30