岡崎市民病院　受診依頼票（新型コロナ陽性者外来専用）

年　　月　　日

□ 診察依頼　　新型コロナ陽性者外来

□検査のみ依頼

検査項目：□単純CT ・ □造影CT ・ □単純MRI ・ □造影MRI

□エコー ・ □RI ・ □骨密度 ・ □神経伝導速度 ・ □その他（　　）

★予約希望日

□希望あり（第3希望までお書きください）

第1希望　　年　　月　　日　　曜日

第2希望　　年　　月　　日　　曜日

第3希望　　年　　月　　日　　曜日

□明日以降早い日を希望

□受診日未定

□本日希望

医療機関名 医師名 TEL・FAX

★Web予約　　年　　月　　日　　曜日　　時　　分

★救急車の使用（ □ 有　 □ 無 ）

★岡崎市民病院から詳細な診療状況を示す文書の提供を希望する。

→ □ 希望しない場合は左記に✓を入れてください。

＊予約変更に関しましては、当院と患者様が直接調整させていただきますのでご了承ください。
尚、変更した場合は、紹介医へ変更日時等をご連絡させていただきます。

受診者	フリガナ			性別	生　年　月　日
	氏名			男・女	□大　□昭 □平　□令　　年　　月　　日
	住所	（〒　　）			
	TEL	自宅電話		携帯電話	
当院診察券番号		（当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください）			
算定状況		在宅時医学総合管理料・在宅がん医療総合診療科・在宅療養指導管理料・特定施設入居等医学総合管理料			

【主訴又は診断】

【経過及び依頼目的】　　新型コロナ陽性者外来問診票にない内容のみで結構です

CD-R・フィルム・USB・病理標本	有（□患者持参・□集配）・□なし	返却（要・患者へ・不要）
検査結果・その他	有（□患者持参・□集配・□FAX）・□なし	返却（要・患者へ・不要）

岡崎市民病院地域医療連携室　病診連携（TEL:0564-66-7262　FAX:0564-25-6720）

新型コロナ陽性者外来問診票

受診者

患者氏名					
発症月日	月　　日	検査月日	月　　日	陽性判明月日	月　　日
最終ワクチン接種歴		回目	令和　　年　　月　　日		
アレルギー			妊娠の有無	有　・　無	

既往歴　（糖尿病・循環器疾患・腎疾患・呼吸器疾患の有無・免疫機能低下をきたす疾患の有無などを中心にお願いします）

現病歴　（熱の経過・SpO2の経過・呼吸苦の有無などを中心にお願いします）

岡崎市民病院地域医療連携室　病診連携　（TEL:0564-66-7262　FAX:0564-25-6720）