



寒河江市立病院

Sagae City Hospital

新型コロナウイルス感染症検査依頼書 兼 診療情報提供書

令和 年 月 日

寒河江市立病院 地域医療連携室

FAX 0237-86-2108

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

ファックス \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女

生年月日： 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ (携帯電話： \_\_\_\_\_)

依頼検査項目 (□に✓を付けてください)

- 新型コロナウイルス抗原定性 (クイックナビ COVID19a g デンカ生研)
- 新型コロナウイルス抗原定性+インフルエンザウイルス抗原診断 (クイックナビ Flu-2 デンカ生研)
- 新型コロナウイルス PCR 検査 (アボット社 ID NOW 等温核酸増幅法：鼻腔咽頭検体)
- 新型コロナウイルス PCR 検査+インフルエンザウイルス抗原検査

来院手段 (該当に○印)： 自家用車 ・ タクシー ・ 徒歩 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

座 位 (該当に○印)： 可 ・ 否

症 状： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

既往歴等： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_