

紹介元施設名: _____ 医師氏名 _____

電話番号: _____

独立行政法人国立病院機構東京病院

新型コロナウイルス感染症 関連紹介患者 診療情報提供書

患者氏名 _____ 生年月日 _____ ・ _____ 性別 男・女

住所 〒 _____

電話番号 _____

(1) 症状 はい いいえ

1-1)	37.5 度以上の発熱が 4 日以上ある		
1-2)	咳などの呼吸器症状が 4 日以上ある		
1-3)	強い全身倦怠感がある		
1-4)	息切れがする (悪化している)		

(2) 検査 はい いいえ

2-1)	胸部レントゲンでほぼ陰影がない あるいは胸部レントゲンで両側すりガラス陰影がある		
2-2)	WBC が正常または低値である		/ μ l
2-3)	LDH が高値である		U/L
2-4)	CRP が 1-10 mg/dl である		mg/dl

(3) 重症度 (入院必要性) はい いいえ

3-1)	65 歳以上		
3-2)	慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、糖尿病がある		
3-3)	SpO ₂ \leq 93%		
3-4)	食べられない、脱水がある		
3-5)	その他の入院の必要な状況がある		

追加情報 (自由記載): _____

この診療情報提供書は、患者さんの来院方法と当院の対応方法を決めるためのものであり、新型コロナウイルス感染症かどうかを決定できるものではありません。この情報に基づき、当院の担当医が受診方法を指示しますので、患者さんの受診前に必ず紹介状とともに Fax で送付してください。