

新型コロナウィルス感染症に関する問診票

新型コロナウィルス感染予防のため次の事項にご記入の上、お手数ですが
「紹介患者診療申込票」と「診療情報提供書」と一緒にFAXいただきますようお願ひいたします。

(記入日 年 月 日)

【 ご依頼元医療機関 】

福山循環器病院
地域医療連携室 行
FAX:084-929-1140

医療機関名

TEL

FAX

紹介患者	(名前)
	(生年月日) 年 月 日

- 1) 37. 5度以上の熱が出たり出なかつたりを繰り返していますか。 はい · いいえ
- 2) 咳、鼻水などの感冒症状がありますか。 はい · いいえ
- 3) 味覚、嗅覚の異常がありますか。 はい · いいえ
- 4) 新型コロナウィルス感染症または疑いの方と接触がありますか。 はい · いいえ

(その他)