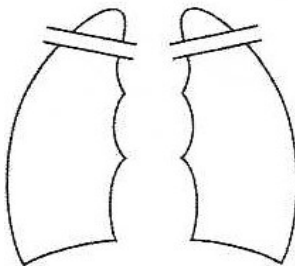


診療情報提供書2

(練馬区介護老人保健施設共用)

COVID-19 用

ふりがな 氏名	生年月日 様(男・女) 明治・大正・昭和	年齢 年 月 日(歳)
胸部CT	PCR検査 (- ・ +)	
1. 異常なし 2. 異常あり (所見)  撮影日 年 月 日	抗原検査 (- ・ +)	
	抗体検査 (- ・ +)	
	施設・病棟に	
	COVID-19 の患者・利用者 (無 ・ 有) COVID-19 の職員 (無 ・ 有) 濃厚接触者の患者・利用者 (無 ・ 有) 濃厚接触者の職員 (無 ・ 有)	
【利用者下記症状の有無】 咳 (無 ・ 有) 鼻水 (無 ・ 有) 味覚異常 (無 ・ 有) 臭覚異常 (無 ・ 有) 2週間以内の発熱 (無 ・ 有)		【特記すべき事項】
上記のとおり証明します。 年 月 日	医療機関名 住 所 電 話 番 号 医 師 名	印

*検査は、必須ではありません。