

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

寒河江市立病院地域医療連携室

TEL 0237-86-2101

fax 0237-86-2108

令和 年 月 日

医療機関名

医師名 印

TEL

fax

患者名：

性別 男 女

生年月日：

住所： 携帯

TEL

依頼検査名

- 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（クイックナビ Flu-2 デンカ生研）
- 新型コロナウイルス PCR（外注：鼻腔咽頭検体）

来院手段： 自家用車 タクシー 徒歩

座位： 可 否

症状

その他、既往歴等