

① SARS-CoV-2 PCR 検査依頼書・診療情報提供書（医師記入用）

患者氏名 _____ 生年月日 S.H.R. 年 月 日（男・女）

保険情報

保険者番号		負担者番号	
記号	(本人・家族)	受給者番号	
番号		外来1日	円（月2回）
資格取得	S.H.R. 年 月 日	入院1日	円

病状経過と治療経過

たつの市民病院 病院長 三村 令児 先生侍史

平素より大変お世話になっております。

先ほど連絡させていただきました SARS-CoV-2 PCR 検査書・診療情報提供書を FAX させていただきます。御高診のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

「どちらかに○をつけて、送信してください。

今後、原則を 14 時とさせていただきます。市民病院院長 三村令児」

希望時間 14 時 ・ 16 時

希望する検査にチェックしてください。

インフルエンザ 新型コロナ PCR

医療機関名 _____

電話番号 _____ FAX _____

携帯番号（急ぎで希望される場合） _____

医師名 _____

先生へのご連絡は、陽性の場合に限ります。陰性の場合は後日書面で連絡します。