

## 診療・検査医療機関への紹介に係る診療情報提供書の活用について

新型コロナウイルスの検査体制が拡充されて以降、発熱患者を一般の医療機関から診療・検査医療機関に紹介するケースが増えております。診療・検査医療機関に紹介する際は、事前に医療機関から紹介先に電話連絡をすることを原則としておりますが、その際に紹介先医療機関より診療情報提供書の提示を求められた場合は、別紙の様式を参考にしたものをご使用くださいますようお願いいたします。この様式をそのままご使用いただいても構いません（医師会ホームページトップ > 医師会員向け情報 に掲載しております）。

なお、提供書の送付方法は、診療・検査医療機関の指示に従ってください。

また、診療・検査医療機関においては、検査結果が判明後、項目 10 および 11 を記入し、紹介元医療機関に送付してください。

### 【紹介元医療機関が記入】

- ・ 提供者情報（医療機関の情報）
  - ・ 項目 1～9
- を記入後、診療・検査医療機関に送付。

### 【診療・検査医療機関が記入】

- ・ 項目 10、11 を記入後、紹介元医療機関に送付。

## 診療情報提供料の算定について

医療機関が新型コロナウイルス感染症に関する PCR 検査等が必要と判断した患者の同意を得て、紹介先の診療・検査医療機関と調整の上、PCR 検査等を実施する上で必要な情報を文書で提供した場合は、診療情報提供料（Ⅰ）の算定が可能です（岩手県医師会に確認済み）。

令和 2 年 11 月 19 日  
盛岡市医師会地域医療部

新型コロナウイルス感染症等の検査に係る診療情報提供書

令和 年 月 日

診療・検査医療機関 御担当医殿

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、検査をお願いしたく存じます。  
※項目1～9を記載

検査結果報告書

令和 年 月 日

診療・検査医療機関名

項目10・11を記載

医師氏名【

】

提供者情報(紹介元医療機関)	
医療機関名称 住所 電話番号 ファックス番号 医師氏名	

11. 検査結果等	
検体採取日	令和 年 月 日
試験・検査術式	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原検査 <input type="checkbox"/> その他( )
検体の種類	<input type="checkbox"/> 鼻咽頭 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 吸引痰 <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> その他( )
検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
検査結果判明日	令和 年 月 日
特記事項 (実施した検査と結果など)	

1. 患者情報				
ふりがな		性別	生年月日 (T・S・H・R)	年 月 日 歳
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	勤務先 学校等	(電話) - -
住所	〒 - - 電話番号(自宅) - - (携帯) - -			
現時点での居住地 <small>※住所地と異なる場合</small>	<input type="checkbox"/> 同上			
保険情報	保険者番号		被保険者名	
	記号・番号		続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
同居家族内で該当する者	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊娠者 <input type="checkbox"/> 医療・介護従事者			

2. 患者本人以外の連絡者(患者が未成年者の場合は保護者)				
ふりがな		性別	続柄	生年月日 (T・S・H・R) 年 月 日 歳
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	勤務先 学校等	(電話) - -
住所	〒 - - 電話番号(自宅) - - (携帯) - -			
現時点での居住地 <small>※住所地と異なる場合</small>	<input type="checkbox"/> 同上			

3. 医師による確認事項	4. 症状(あるものにチェック)
妊娠の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合( 週)	<input type="checkbox"/> 発熱 ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 下痢 ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 咳 ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 鼻水 ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 食欲低下 ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 息苦しさ ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 頭痛 ( 月 日から)
喫煙の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 呼吸が早い ( 月 日から) <input type="checkbox"/> へんなことをいう ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 顔色が悪い ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 筋肉痛・節々の痛み ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 疲れやすい ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 発疹 ( 月 日から)
喫煙歴の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> のどが痛い ( 月 日から) <input type="checkbox"/> しもやけ様の手足のしびれ ( 月 日から) <input type="checkbox"/> 味・においの異常 ( 月 日から) <input type="checkbox"/> その他の症状 ( 月 日から)

5. 本日のバイタル
体温: 血圧: 呼吸数: 脈拍: SpO <sub>2</sub> :

6. 基礎疾患の有無
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> その他( )

7. 集団感染リスク(2週間以内)	8. 本日の処方(この度の症状に係るもの)
<input type="checkbox"/> 海外渡航(詳細 ) <input type="checkbox"/> 国内移動(詳細 ) <input type="checkbox"/> 濃厚接触(詳細 ) <input type="checkbox"/> 家族や職場での発熱者、体調不良者(詳細 ) <input type="checkbox"/> 同居家族の重い病気(高齢者、在宅酸素、人工呼吸器、透析、がん等)(詳細 )	
	9. 特記事項

10. 患者の症状等				
重症か否か	<input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症(入院適応) <input type="checkbox"/> 重症(集中治療対応)	判断した日付	令和 年 月 日	

医師記載欄 <input type="checkbox"/> 上記を踏まえ、検査を積極的に考える。 診断医氏名
--

診療・検査医療機関の医師が記入します。