（別紙１）

送信先　神奈川県立がんセンター

FAX　０４５－５２０－２７２７

患者さんをより安全に受け入れる目的で記載をお願いします。趣旨をご理解の上、情報提供をお願いします。診療情報提供書とともにFAX送信をお願いします。

個人情報が含まれていますので、送信先FAX番号をお間違いにならないようにご注意ください。

直接転院前情報提供用紙

記入日R　　年　　月　　日

・診療科　　　　　　　　　　　　　　　　　・主治医

　（ふりがな）

・患者氏名　　　　　　　　　　　様　　　　・性別　　男性・女性

・生年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日

【感染症状に関すること】

・発熱　　　（　なし・あり　）→ありの場合　　　　　　月　　　　日（頃）から

・咳嗽　　　（　なし・あり　）

・咽頭痛　　（　なし・あり　）

・全身倦怠感（　なし・あり　）

・味覚・嗅覚障害（　なし・あり　）

・その他の症状

【検査歴】

・PCR検査　（検査して陰性であることを確認済み：実施日（　　/　　）　・　検査していない）

【転院当日に一緒にご来院される家族の状況について】

これまでの上記の感染症状の有無　　　（　あり　・　なし　）

　　　　　→ありの場合　　症状　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　**＊なお、転院当日までに上記の症状に該当する項目がありましたら、ご連絡ください**