

新型コロナウイルスワクチン副反応診療情報提供書

作成日：R4.7

送信日 令和 年 月 日

宮崎県福祉保健部薬務対策課

ワクチン確保・調整担当

FAX 0985-44-2753 (直通)

TEL 0985-26-3141 (直通)

受付時間：平日 9:00 ~ 17:00

受け入れ先医療期間・受診日時が決定次第、
連絡いたします。

医療機関名	
所在地	
電話番号	() -
FAX番号	() -
診療科名	科
医師氏名	
送信部署・送信者	/

希望診療科・医師	科 医師	受診希望日	第1希望 令和 年 月 日 第2希望 令和 年 月 日
緊急性の有無	<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> なし	患者状況	現在の状況 <input type="checkbox"/> 入院中 ・ <input type="checkbox"/> 入所中 (通院中の場合はチェック不要)
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()		ADL <input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 車いす ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー
症状・病名			酸素吸入 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
			持続点滴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
			ワクチン接種日
		1回目 令和 年 月 日	
		2回目 令和 年 月 日	
		3回目 令和 年 月 日	
		4回目 令和 年 月 日	
		既往歴・現病歴・内服薬・その他	
備考		診療情報提供書について	<input type="checkbox"/> 当日、患者さんが持参します <input type="checkbox"/> 郵送します ※ 画像データ等有りの場合 ⇒ CD-R <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

患者基本情報

※生年月日等お間違のないようお願い致します。

フリガナ		性別	生 年 月 日	
患者氏名		男女	大・昭平・令	年 月 日 生 (歳)
現住所	(〒 -)			
電話番号	☎ 自宅 () -	呼出 (様方)	☎ 携 帯 () -	
保険者番号		被保険者証 記号番号		続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族

※注意点

- ・診療情報提供書をFAX で送信してください。
- ・本申込書をFAXで送り難い場合は、電話で薬務対策課ワクチン確保・調整担当まで御連絡ください。
- ・受け入れ先医療機関、受診日時の調整ができ次第、連絡いたします。
- ・受診の際は接種済証の提示をお願いします。