FAX送信先：**781-7300**　　神戸掖済会病院　地域医療連携室

 PCR検査（LAMP法）時間　　平日 13：20～15時（祝日は除く） 完全予約制　1日10件 時間厳守

検査申込書

**【重要】**

**※申込み後、診療情報提供書から検査の可否（検査可の場合には検査時刻）を連携室より申し込み医療機関のご担当者に、ご連絡（FAX）いたします。**

**本システムは熱発の診療を行うものでなく、あくまでもコロナの検査を行うもので貴院での診察や判断が必要です。**

**（検査の受付ができなかった場合、この申込みは失効し、別日に検査には引き継がれることはありません。）**

検査センターでの検査について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **以下をご記入ください。（選択部分は〇で囲んでください）** | **申請日** | 令和　　年　　月　　日 |
| **医療機関情報** | 医療機関名 |  |
| 調整担当 | 担当者名：電話番号：　　　－　　　　－　　　ＦＡＸ番号：　　　－　　　　－※本日連絡がつく担当者・電話番号・ＦＡＸ番号を記載すること |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **検査対象者情報****（必須事項）** | 氏名（漢字・カナ） | （漢字）　　　　　　　　　　（カナ） |
| 住所 |   |
| 生年月日 |  大正・昭和・平成・令和・西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 携帯電話番号（同乗者のものも可） | 　　　　　－　　　　　　－　　　　　　※携帯電話を持っていないなどの特別な事情がある以外は必ず記載 |
| 来院方法等 | 車（車種、ナンバー、色） |  |

**確認のうえ、該当する「はい」を〇で囲んでください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者（検査対象者）に関する医療機関の確認事項**全てが「はい」の場合のみ申込可能です** | 患者に検査の同意を得られています。 | はい |
| 患者に**診察・治療を行い**、**新型コロナウイルス感染症の感染を疑う**ものと判断しました。 | はい |
| 患者は、検査結果が分かるまで**数日間の自宅療養が可能**と判断される方（早急な治療の必要性や容態が急変される可能性が低いと判断される方）です。 | はい |
| 患者に対し、**以下の内容を説明し、了承を得ました**。1. 当院へ、**指定した時刻に自家用車で来院すること**
2. 申込みをしても、**申込数がすでに埋まっていた場合は、検査は受けられないこと**
3. 検査センターへ、患者（または同乗者）の**携帯電話を持参すること**

（携帯電話を持っていないなどの特別な事情がある場合を除く） | はい |
| 自院より、以下をすることが可能です。①　患者に対し、検査の可否（検査可の場合、検査時刻も）を連絡すること②　掖済会病院連携室に対し、別添2の診療情報提供書をFAXすること　　③　検査結果も自院より検査対象者に報告、説明いただくこと | はい |