紹介前確認シート

機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：令和 　　年　　 月　　 日

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：

**患者様・紹介元医療機関様へ**

新型コロナウィルス感染拡大防止対策のため、ご協力をお願い致します。

以下の事項についてご記入いただき、申込書・紹介状とともにＦＡＸ送信してください。

シートの確認後、予約調整を開始致します。

1.県外への渡航歴について。（沖縄県外からの転居含む）

渡航歴のある患者様は、来沖後14日間経過後の予約となります。

但し、医学的緊急度の高い方は個別に調整致します。

→なし

→ある（本人・その他 ／ 来沖（転居）日：　　　月　　　日）

2.以下は、個別対応するための確認事項です。

1. 県外からの来県者との接触はありますか

→なし

→ある（本人・その他 ／ いつ頃：　　　月　　　日）

1. 新型コロナウィルスの感染がわかった方との接触はありますか

→なし

→ある（本人・その他 ／ いつ頃：　　　月　　　日）

3．コロナワクチン接種歴（接種予定）　　有 ・ 無

　1回目接種　　　月　　　日　　　2回目接種　　　月　　　日

\*予約確定後に変更がありましたら、下記連絡先までご連絡ください。

連絡先TEL：098-895-1371/FAX：098-895-1498

琉球大学病院 医療福祉支援センター シエント 予約担当