

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

新型コロナウイ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)

② 新型コロナウイ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 シェント 予約担当