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。

渡航歴のある患者様は、来沖後14日間経過後の予約となる場合がございます。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 ／ 来沖日：　　　月　　　日）

2.以下は、個別対応するための確認事項です。

1. 米軍基地への立ち入りはありますか

→なし

→ある（本人・その他 ／ 最終立ち入り日：　　 月 　　日）

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）

\*予約日確定後に①～③にあてはまる事がありましたら、下記連絡先まで

ご連絡ください。

 連絡先TEL：098-895-1371　琉球大学病院 医療福祉支援センター シエント