

紹介前確認シート

琉球大学病院を受診なさる患者さん、お付き添いの皆様

以下の3つの質問にお答えいただき、紹介元医療機関様から予約申込書、診療情報提供書とともにFAX送信して下さい。
ご協力ありがとうございます。

記入日：令和 年 月 日

患者氏名： 生年月日：

1. 7日以内に県外・海外へ渡航されましたか？
今後の予定はありますか？（旅行・出張、沖縄県に転入など）
いいえ ・ はい（いつ頃： ，地域： ）
2. 7日以内に新型コロナウイルス感染症にかかりましたか？
いいえ ・ はい（いつ頃： ）
3. 7日以内に新型コロナ感染症やインフルエンザにかかった方との接触
はありますか？
いいえ ・ はい（いつ頃： ）

* お電話下さい *

098-895-1371 医療福祉支援センター（シエント） 予約担当

- ✓ 予約確定後、予約の7日前から当日に本人や家族が新型コロナウイルス感染症やインフルエンザにかかった方
- ✓ 予約当日に発熱（目安37.5℃以上）や呼吸器症状がある方（息苦しさ、息切れ、せき、たん等）