

&gt;&gt;&gt;保健所への調整依頼のときは、電話とFAXをお願いします&lt;&lt;&lt;

連絡先保健所  
(医療機関専用)

\*長野市以外にお住まいの方→長野保健福祉事務所 (TEL 225-9039 FAX 223-7669)

\*長野市にお住まいの方→長野市保健所 (TEL 226-9964 (休日 226-4911) FAX 226-9982)

## 新型コロナウイルス感染症入院調整用患者連絡票

※本人または家族の同意を得た上で情報提供してください

患者(または家族)は、入院に同意している	
保健所への患者情報の提供に関する患者(または家族)の同意を得ている	

## ▶ 医療機関の情報

医療機関名	
担当医師名	
医療機関の電話番号	
診療時間外の場合は連絡の 取れる電話番号	
連絡担当者名	
かかりつけ医療機関	自院 ・ 他医療機関(医療機関名： )

## ▶ 患者の情報

患者氏名 (漢字)		生年月日 年齢	(西暦)	年	月	日	歳
住所		連絡の取れる電話番号 (本人との関係・氏名)					
発症日		感染確定日					
受診手段	自立 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ・ その他( )						
主な症状(呼吸・全身状態等)	「オミクロン株による COVID-19 の入院要否の判断目安」に該当する					する・しない	
	・体温、呼吸の状態(SPO2)、体動の可否など：						
	・処方薬：						
・基礎疾患(悪化の有無)：							