

# 転医前情報依頼書

医療機関名 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_様

下記の情報を確認後、FAX をお願い致します。

## 1. 転医時の来院方法

- 自家用車
- 介護タクシー
- 救急車

## 2. 転医時付き添い者

- ・付き添い者（続柄： \_\_\_\_\_ ）
- ・付き添い者の風邪症状、コロナ罹患： 有 ・ 無

## 3. 患者本人

- ・コロナ罹患歴 6ヶ月以内： 有 ・ 無  
＜有の場合＞  
罹患日（ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ）