FAX　 047-774-1801　へこのまま送信してください。

中和抗体薬投与前　対象患者情報用紙

	回答欄（記入または該当項目に☑を、お願いします）
患者氏名（ふりがな）	
患者氏名	
患者連絡先	電話番号 ※　日中つながる電話番号でお願いします。
発症日	年　　月　　日
陽性検査結果判明日	年　　月　　日 □　抗原検査 □　ＰＣＲ法
貴院にて実施検査	□ 血液検査 □　レントゲン撮影 □　ＣＴ撮影 □　ＭＲＩ撮影　　※ 結果は受診までに情報提供願います
船橋市民かどうか	□　船橋市民 □　その他
対象項目	□　40 歳以上 □　ワクチンの２回接種が未了である □　発症１週間以内 □　65 歳以上高齢者 □　悪性腫瘍 □　慢性閉塞性肺疾患 □　慢性腎臓病 □　２型糖尿病 □　高血圧 □　脂質異常症 □　肥満(BMI30 以上) □　喫煙 □　臓器移植後の免疫不全 □　妊娠後期

©船橋総合病院