

|                  |   |  |  |
|------------------|---|--|--|
| 受け入れ予定時間         | 13: 30、13: 45、14: 00、14: 15、14: 30、14: 45、15: 00、15: 15、15: 30  |  |  |
| 管轄保健所            | <input type="checkbox"/> 北部保健所: ☎576  |  | <input type="checkbox"/> 豊後高田保健部: ☎22-3165                             |
| 当院への受診歴          | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明   |  | 他医療機関への受診歴 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 無      |
| 来院手段             | <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 |  |  |
| 移動方法             | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他  |  |  |
| SARS-CoV-2 PCR検査 | <input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> なし   |  | 当院での薬<br>処方希望 <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 |
| SARS-CoV-2 抗原検査  | <input type="checkbox"/> あり: 陰性・陽性 <input type="checkbox"/> なし  |  |  |
| インフルエンザ          | <input type="checkbox"/> あり: 陰性・陽性(A・B) <input type="checkbox"/> なし   |  |  |

| 2. 患者情報  |  |       |  |
|----------|--|-------|--|
| 氏名(フリガナ) | ( )  | 性別    | 男 ・ 女  |
| 生年月日     | 西暦 年 月 日 ( ) 歳   |       |  |
| 住所       | 〒 大分県  |       |  |
| 電話番号     | ( 自宅 ) - - ( 携帯 ) - -  |       |  |
| 職業       | <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 介護施設職員 <input type="checkbox"/> 旅客業 <input type="checkbox"/> 接客業 <input type="checkbox"/> その他:   |       |  |
| 基礎疾患     | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> 認知症<br><input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> その他( ) |       |  |
| 喫煙歴      | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  | アレルギー | <input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> なし |
| 妊娠の有無    | <input type="checkbox"/> あり( 妊娠週数 ) <input type="checkbox"/> なし  |       |  |
| 同居家族     | <input type="checkbox"/> 有( )人 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 医療従事者<br><input type="checkbox"/> 無 ※渡航歴、流行地域への往訪、疑い患者との接触、密閉空間や人の密集するイベント 参加の有無を確認  |       |  |

| 3. 症状の経過 |    |     |       |      |         |       |     |         |     |     |
|----------|----|-----|-------|------|---------|-------|-----|---------|-----|-----|
| 発症日      | 体温 | 咳   | 全身倦怠感 | 呼吸苦  | 味覚・嗅覚異常 | 鼻水    | 頭痛  | その他の症状  |     |     |
| /        | ℃  | 有・無 | 有・無   | 有・無  | 有・無     | 有・無   | 有・無 |         |     |     |
| <発症後の経過> |    |     |       |      |         |       |     |         |     |     |
| <現在の処方>  |    |     |       |      |         |       |     |         |     |     |
| 現在の症状    | 体温 | 血圧  | 脈拍    | SpO2 | 咳       | 全身倦怠感 | 呼吸苦 | 味覚・嗅覚異常 | 鼻水  | 頭痛  |
|          | ℃  |     |       | %    | 有・無     | 有・無   | 有・無 | 有・無     | 有・無 | 有・無 |
| その他の症状   |    |     |       |      |         |       |     |         |     |     |

| 4. 検査所見 |                                       |   |  |
|---------|---------------------------------------|---|--|
| X線所見    | 検査日                                   | / | <input type="checkbox"/> 所見あり( ) <input type="checkbox"/> 所見なし |
| CT検査所見  | 検査日                                   | / | <input type="checkbox"/> 所見あり( ) <input type="checkbox"/> 所見なし |
| 血液検査結果  | ・ 白血球数: /μl ・ リンパ球数: /μl ・ CRP: _____ |   |  |

| 5. 行動歴(発症前2週間の海外渡航・発生地域への往訪、肺炎患者との接触、密集・密閉空間への行動歴等)   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 海外への渡航歴<br>( 月 日 ~ 月 日、場所: )<br><input type="checkbox"/> 流行・発生地域への往訪<br>( 月 日 ~ 月 日、場所: )<br><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス患者または疑い患者との接触( 月 日)<br><input type="checkbox"/> 密閉された空間で多く人が参加する場所やイベントへの参加<br>( 月 日) | <input type="checkbox"/> その他自由記載<br><br><br><br><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/> 該当なし |